Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. H.-P. Rosemeier

TODESKONZEPT BEI PATIENTEN

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Norbert Munz
Hannover

1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549615_0018

Druck: Copy-Center in Dahlem
Ladenbergstraße 2-4
1000 Berlin 33
Tel. 831 40 25

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. H.-P. Rosemeier

TODESKONZEPT BEI PATIENTEN

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Norbert Munz
Hannover

Referent: Prof. Dr. H.-P. Rosemeier

Korreferent: Prof. Dr. R. Häring

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

promoviert am: 11.09.1985

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	5
1.1 Die Fragestellung in der Literatur	5
1.2 Hypothesen und Fragestellung	11
2. METHODEN	14
2.1 Der Fragebogen	14
2.2 Die Patienten	15
2.3 Auswertung	19
3. ERGEBNISSE	20
3.1 Todesvorstellungen	20
3.1.1 Prinzip und Struktur des Satzergänzungsverfahrens	20
3.1.2 Auswertung des Satzergänzungsverfahrens	23
3.1.3 Definition des Todes	25
3.1.3.1 Der Tod als Ende des Lebens	26
3.1.3.2 Der Tod als fremde Macht	28
3.1.3.3 Der Tod als Erlösung	29
3.1.3.4 Der Tod als schreckliches Ereignis	30
3.1.3.5 Vergleich der Todesvorstellungen bei Ärzten, Laien und Patienten	31
3.1.4 Bedeutung des Lebensverlusts für andere	34
3.1.5 Prozeß des Sterbens	38
3.1.5.1 Belastungen des Sterbenden	38
3.1.5.2 Hilfen für den Sterbenden	42
3.1.5.3 Der schönste Tod	46
3.1.6 Todeserleben	48
3.1.7 Zustand nach dem Tod	53
3.1.8 Aufklärung des Patienten	56
3.2 Todestypologie	60
3.2.1 Konstruktion der Typen	61
3.2.2 Empirische Repräsentation der Typen	68

Seite

3.3 Das Semantische Differential 75
3.3.1 Prinzip des Semantischen Differentials 75
3.3.2 Die Polaritäten 77
3.3.3 Vergleich der Profile zwischen den Todestypen 82
3.3.4 Vergleich der Profile zwischen Ärzten, Laien und Patienten 84

3.4 Todesfurcht 88
3.4.1 Zur Bedeutung der Todesfurcht 88
3.4.2 Konstruktion der Todesfurchtskala 92
3.4.3 Gesamttodesfurcht bei Patienten 95
3.4.4 Todesfurcht in Abhängigkeit von der Todestypologie 96
3.4.5 Komponenten der Todesfurcht in Abhängigkeit von der Todestypologie 99
3.4.6 Todesfurcht in Abhängigkeit vom Geschlecht 103
3.4.7 Todesfurcht in Abhängigkeit vom Alter 104
3.4.8 Todesfurcht in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung 106
3.4.9 Todesfurcht von Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe 108

3.5 Abhängigkeit der Todestypologie 110
3.5.1 Krankheit 110
3.5.1.1 Schwere der Erkrankung 110
3.5.1.2 Art der Erkrankung 113
3.5.2 Ärztliche Behandlung 115
3.5.2.1 Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte 115
3.5.2.2 Ambulante Behandlung 118
3.5.3 Geschlecht 121
3.5.4 Alter 123
3.5.5 Religiösität 125
3.5.6 Bildung 127
3.5.7 Kontakt mit Sterbenden 129
3.5.8 Lebensgefahr 130

4. DISKUSSION 133

5. ZUSAMMENFASSUNG 140

6. LITERATURVERZEICHNIS 142

7. ANHANG: DER FRAGEBOGEN 150

1. EINLEITUNG

1.1 Die Fragestellung in der Literatur

Der Tod ist ein für die Menschheit ungelöstes Problem. Religionen und Philosophien haben versucht, mit ihren Vorstellungen immer wieder neue Bewältigungsstrategien zu schaffen. In unserer heutigen nüchternen Zeit ist jedoch der Einfluß von Religion und Philosophie zurückgedrängt worden. Eine Lücke ist entstanden, die es zu füllen gilt. Vorgegebene Bewältigungsmuster existieren nicht. Es bleibt dem einzelnen überlassen, sich mit diesem Problem auseinanderzusetzen. Er muß sich im Laufe seiner individuellen Lebensgeschichte, eine Strategie aneignen.

Der immense Fortschritt in der Medizin in den letzten Jahrzehnten hat den Tod relativiert. Der Tod ist nicht schon eingetreten, wenn die Atmung und der Kreislauf stillstehen. Kriterien der Durchblutung und der elektrischen Aktivität des Gehirns müssen hinzugezogen werden (SCHIFFER 1978, 1979). Der Tod ist "unsicherer" geworden. Die Reanimationsmöglichkeiten sind enorm gesteigert worden. Der Körper kann länger am Leben erhalten bleiben. Die Lebensperspektive ist erweitert worden. Der Tod ist weiter hinausgeschoben worden.

Die Medizin stellt den schwerkranken Patienten vor eine widersprüchliche Situation. Auf der einen Seite kann sie das Leben mit hohem technischen Aufwand verlängern und auf diese Art Hoffnung erzeugen, auf der anderen Seite führt eine unnötige Hinausschiebung des Lebensendes zu einer Verlängerung der zu erleidenden Qualen und Schmerzen. Die Euthanasie wird zu einem immer deutlicheren Problem. Lebensverlängerung um jeden Preis ist nicht unbedingt zum Wohle des Patienten. Mit den verbesserten Möglichkeiten der Lebensverlängerung in der Medizin und dem damit verbundenen hohen technischen Standard geht das menschliche Bemühen um den Patienten verloren. Sterbehilfe und Sterbebeistand

gelangen ins Abseits des Interesses. Die Technik beherrscht die zwischenmenschlichen Beziehungen.

Sterben wird zu einem sterilen Vorgang. Der Schwerkranke stirbt nicht mehr, wie früher üblich, im Kreise seiner Familie, sondern im Krankenhaus. Er stirbt alleine, nur umgeben von technischen Apparaten. In Schweden und USA sterben schon über 75 % aller Menschen im Krankenhaus. In Deutschland sind es über 50 % (HARTMANN 1979), in der DDR gut 40 % (BLUMENTHAL-BARBY 1982). Das Krankenhaus ist der Ort des Sterbens. Die Personen, die mit dem Sterbenden den engsten Kontakt haben, sind Pflegekräfte und Ärzte. Sterbeforschung muß sich demnach auf den Ort des Geschehens, das Krankenhaus, konzentrieren. Sterben bedeutet heute, Abschied nehmen in einer fremden Umgebung.

Die Zurückdrängung von religiösen und philosophischen Angeboten und die Konzentrierung des Sterbens in einer fremden Umgebung führt zu einer Verunsicherung des Menschen. Das Bedürfnis wird immer größer, mehr über den Sterbevorgang zu wissen. Die Sterbeforschung erfährt einen Aufschwung. Die Psychologie wird zur Hilfe gerufen. Die Publikationsrate zu diesem Thema ist in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen (WITTKOWSKI 1978). Eine Lücke muß geschlossen werden. Die fehlende religiöse und philosophische Stützung soll durch vermehrtes Wissen kompensiert werden. Probleme des Sterbebeistandes müssen neu diskutiert werden. Modelle der Sterbehilfe müssen neu praktiziert werden.

In der Literatur gibt es bisher wenige Untersuchungen zum Todeskonzept von Patienten. Das Todeskonzept von Kindern erregte dagegen größeres Interesse. Es gibt viele Untersuchungen, die erforschen, wie sich auf den verschiedenen Stadien der kindlichen Entwicklung, die Vorstellungen über Tod und Sterben ändern. So erkennen im allgemeinen Kinder erst im sechsten Lebensjahr die Irreversibilität des Todes. Vorher sind Tod und Sterben noch gegeneinander austauschbare Zustände. Der Tod wird rein deskriptiv erfaßt. Bewegt sich ein Lebewesen nicht, so ist es tot, bewegt es sich wieder, so ist es lebendig. Die Entwicklung des kindlichen

Todeskonzeptes läuft parallel zu den Stufen der geistigen Entwicklung, wie sie Piaget beschreibt (vgl.: HANSEN 1972, KANE 1975).

Auch in der Einstellung von sterbenskranken Patienten zum Tod konnte ein Entwicklungsprozeß dargestellt werden. Anhand von zahlreichen Interviews konnte Kübler-Ross (1975, 77) ein Fünf-Phasen-Modell aufstellen: Verneinung, Zorn, Verhandeln mit dem Schicksal, Depression, Zustimmung. Im Idealfall werden bis zur Annahme des Todes alle Phasen durchlaufen. Die Übermittlung der aussichtslosen Prognose löst zunächst beim Patienten eine Reaktion der Verleugnung aus. Die ärztliche Diagnose kann nicht wahr sein. Es folgt ein Stadium der Auflehnung, in dem der Patient aggressiv wird. Er will nicht einsehen, warum er es gerade sein muß, der von dieser aussichtslosen Erkrankung betroffen wurde. In der nächsten Phase versucht er, dem Schicksal zu entrinnen. Der Patient hat immer neue Angelegenheiten noch zu erledigen. Er versucht auf diese Art, den Tod hinauszuschieben. Die Zwecklosigkeit seines Agierens löst sich schließlich in Depression. Die Unausweichlichkeit des nahenden Endes ist gewiß geworden. Erst die letzte Phase bessert wieder den Zustand des Patienten. Der Tod wird akzeptiert. Der Kampf ist vorbei. Der sterbende Patient gibt sich seinem Schicksal hin. Die Annahme des Todes als letzte Phase der Entwicklung wird hier als erstrebenswertes Ideal angesehen.

Viele Publikationen beziehen sich auf Fallbeschreibungen und Erlebnisberichten von Professionellen und Laien. So beschreibt z.B. die Ehefrau eines Verstorbenen in allen Einzelheiten die Erkrankung ihres Mannes von den ersten Anfängen über die Behandlung im Krankenhaus bis zu seinem Tod (KAUTZKY 1976), oder eine Krankenschwester berichtet in der Rolle der Mitpatientin vom Sterben eines krebskranken Mädchens (ZICKGRAF 1979). Eissler (1978) analysiert schwerkranke Patienten mit infauster Prognose, und Kübler-Ross (1979) zeigt, daß Sterben auch anders sein kann und nicht nur im Krankenhaus stattfinden muß.

Auch soziologische Aspekte finden in der Literatur Berücksichtigung. Durch teilnehmende Beobachtungen im Krankenhaus konnten spezifische Verhaltensweisen des medizinischen Personals entdeckt werden. Sudnow (1973) beschrieb den "sozialen Tod" des Patienten. Nach dem Bekanntwerden der infausten Prognose verhält sich das medizinische Personal anders gegenüber dem Patienten als vorher. Der Patient wird schon als "Beinahe-Leiche" betrachtet. Der noch nicht eingetretene klinische Tod wird sozial vorweggenommen. Barnay und Glaser (1974) entdeckten, daß gerade der Umfang der Aufklärung, oder wie sie es ausdrücken, das Wissen um die Nähe des Todes die Interaktion mit dem Patienten prägt. Die "Bewußtheit" wird in Beziehung zur sozialen Interaktion gesetzt. Eine deutschsprachige Untersuchung zu diesem Problemkreis ist von Lau (1975) durchgeführt worden.

Ein anderer Schwerpunkt in der Erforschung des Sterbens ist die Betreuung todkranker Patienten. Die zunehmende Verlagerung des Sterbeortes von der Familie in die Institution Krankenhaus führt zu gesteigerten Anforderungen auf Seiten des medizinischen Personals. Der medizinische Alltag verlangt nach praktischen Hilfen (BLUMENTHAL-BARBY 1982). so versucht Rest in seinen Arbeiten (1977, 81) das "Handwerkszeug" zu vermitteln, das ein in der Sterbehilfe Arbeitender benötigt. Dabei soll die Fähigkeit nicht durch die Rezeption von Theorie, sondern durch eigenes Handeln angeeignet werden. Es existieren auch schon Lern- bzw. Kursprogramme zu diesem Thema. Koch und Schmeling (1982) bieten 2- bis 5-Tage-Kurse an. Der Umgang mit Sterbenden soll schrittweise erlernt werden. Erfahrungen der Gruppenteilnehmer werden ausgetauscht, Sensibilisierungsprozesse in Gang gesetzt und Selbstreflexionen angeregt. Festgesetzte Lernziele systematisieren den Lernprozeß, machen ihn überschaubar und kontrollierbar (KOCH/SCHMELING 1979).

Tod und Sterben sind in unserer Gesellschaft tabuisierte Themen. Der Tod wird aus dem alltäglichen Leben entfernt. Der Medizin wird die Aufgabe gestellt, den Sterbenden zu betreuen. Tod und Sterben passen nicht in eine Gesellschaft,

die auf Leistung orientiert ist. Der Tod stellt die Machtmittel des Menschen in Frage. Er begrenzt seine Einflußsphäre. Er verdeutlicht dem Menschen immer wieder seine eigene Hilflosigkeit. Der Beherrschung der Natur durch den Menschen werden deutliche Grenzen gesetzt. Der Tod stellt eine Bedrohung für die Menschheit dar. Er wird isoliert und ins Abseits gedrängt, er ist gefährlich, erzeugt unangenehme Gefühle und repräsentiert die Nichtigkeit des Menschen.

Die Isolierungstendenz der Gesellschaft findet ihren Niederschlag in der Konzentrierung des Sterbens im medizinischen Bereich. Die Abwehr ist nicht vollkommen, Ärzte und Pflegepersonal werden dafür in die Zwangslage gesetzt, täglich mit Sterbenden umgehen zu müssen. Die Professionalisierung auf der einen Seite entspricht die Abschiebung auf der anderen Seite. Die Angst vor dem Sterben wird durch die Isolierung der Sterbenden abzuwehren versucht. Dem medizinischen Personal wird die Betreuung Sterbender aufgebürdet. Aber dieses medizinische Personal ist selber Teil der Gesellschaft und unterliegt den gleichen Abwehrprozessen. Nur, um die Durchführung ihrer Rolle zu ermöglichen, müssen die Abwehrprozesse professionalisiert werden. Mit der Konzentrierung auf den körperlichen Aspekt der Krankheit, wird es möglich, das Unangenehme fernzuhalten. Die Reduktion des ärztlichen Interesses auf die physischen Parameter der Krankheit ermöglicht eine Abwehr. Durch die Begrenzung auf den körperlichen Aspekt der Erkrankung wird die Wahrnehmung eingeengt. Die Furcht vor dem Sterben kann durch den von vornherein begrenzten Blickwinkel vermindert werden.

Der Leidtragende von dieser Entwicklung ist der Patient. Er fühlt sich nicht verstanden, nicht akzeptiert. Er wird mit seinen Problemen allein gelassen. Die Konzentrierung auf die physischen Parameter seiner Krankheit führen zu einer Isolierung des Patienten. Er stirbt, allein gelassen, für sich im Krankenhaus. Die ihn umgebende Umwelt versteht ihn nicht und will es auch nicht. Die Vereinsamung des

Patienten läßt Bedürfnisse entstehen. Das Verlangen nach mehr menschlicher Nähe und engerem Kontakt wird deutlich. Der Sterbende braucht mehr Hilfe als je zuvor. Er benötigt eine intensive Zuwendung. Sterben muß "humaner" werden.

Die Thanatopsychologie versucht nun die affektiven und kognitiven Erlebnisinhalte bezüglich Tod und Sterben zu erfassen. Sie ist als psychologische Teildisziplin eine relativ junge Wissenschaft und hat sich zuerst in den USA etabliert. Das Buch von Feifel (1959) "The Meaning of Death" gilt als Begründung einer Thanatopsychologie. Der umfassendste Überblick über den Stand der Thanatopsychologie stammt von Kastenbaum und Aisenberg (1972).

Die Thanatopsychologie befaßt sich vor allem mit den Einstellungen zu Tod und Sterben. Sie repräsentiert praktisch das "schlechte Gewissen" der Gesellschaft. Die Verdrängung des Todes auf der einen Seite führt zu einer intensiven Beschäftigung mit ihm auf der anderen Seite. Die fehlende Auseinandersetzung mit dem Tod hat eine psychologische Aufarbeitung des Problems zur Folge. Emotionen und Kognitionen zum Thema Tod sollen erforscht werden. Attituden sollen gemessen werden, individuelle Reaktionsweisen erfaßt werden. Die Abhängigkeit der Vorstellung von anderen Parametern soll dargestellt werden. Der Einfluß bestimmter Variabeln wie Todesfurcht, Intensität gedanklicher Beschäftigung mit dem Tod oder spezifische Todeserfahrung soll geklärt werden. Abwehrvorgänge sollen enthüllt werden, Mechanismen der Todesannahme entdeckt werden. Das Todeskonzept wird auf diese Weise in seinen kognitiven und emotionalen Dimensionen dargestellt. Es wird inhaltlich gefüllt und in seiner gesamten Breite abgebildet.

1.2 Hypothesen und Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung ist aus dem Arbeitszusammenhang des Institutes für Medizinische Psychologie der Freien Universität Berlin, Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H.-P. Rosemeier, entstanden. An weiteren Arbeiten zu diesem Themenkreis wurden Untersuchungen zum Todeskonzept von Ärzten und Medizinstudenten von Potthoff (1980) und zum Todeskonzept der Durchschnittsbevölkerung von Langen (1984) durchgeführt. Ziel dieser Arbeit soll es nun sein, das Todeskonzept von Patienten in seiner Vielfalt und in seinen verschiedenen Dimensionen darzustellen. Dabei sollen sowohl kognitive als auch emotionale Vorstellungsinhalte präzise erfaßt werden und die Subjektivität des Patienten bezüglich des Todes abgebildet werden. Welche verschiedenen Vorstellungen zu Tod und Sterben präsentieren chirurgische Patienten? Lassen sich aus der Mannigfaltigkeit der verschiedenen Vorstellungen einzelne charakteristische Typen herauskristallisieren? Wie stark ist die Todesfurcht ausgeprägt? Wie ist die emotionale Befindlichkeit beschaffen? Wir haben uns in dieser Untersuchung von folgenden Hypothesen leiten lassen:

- Patienten präsentieren die gleichen Vorstellungsinhalte bezüglich Tod und Sterben wie Ärzte und Laien (= Durchschnittsbevölkerung).
- Mit steigender Bedrohung durch den Tod schwindet die nüchterne Einstellung zum Tod.
- Die Situation des Sterbenden im Krankenhaus ist durch das Triade Einsamkeit, Furcht, Schmerz gekennzeichnet.
- Wie auch schon bei Ärzten und Laien lassen sich vier Todestypen konstruieren: "Ende, fremde Macht, Erlösung" und "schreckliches Ereignis".
- Zwischen den verschiedenen Todestypen bestehen Unterschiede in der konnotativen Einschätzung des Todes.

- Zwischen Ärzten, Patienten und Laien bestehen ebenfalls Unterschiede in der konnotativen Einschätzung des Todes.
- Bei Patienten ist die Todesfurcht stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe.
- Frauen haben mehr Todesfurcht als Männer.
- Ältere Patienten haben weniger Todesfurcht als jüngere.
- Die Schwere einer Erkrankung beeinflußt die Höhe der Todesfurcht.
- Die verschiedenen Todestypen unterschieden sich in der Ausprägung der Todesfurcht.
- Die Schwere der Erkrankung sensibilisiert den Patienten.
- Traumatologische Patienten sind dem Tod gegenüber nüchterner eingestellt als allgemeinchirurgische Patienten.
- Mit steigender Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte schwindet die nüchterne Einstellung.
- Die Zunahme der Professionalisierung in der Medizin bewirkt eine Versachlichung der Einstellung auf Seiten des Patienten.
- Frauen sind dem Tod gegenüber emotionaler eingestellt als Männer.
- Der religiös Gläubige reagiert emotionaler als der Nichtgläubige.
- Der junge Patient ist nüchterner eingestellt als der ältere.
- Der höher gebildete Patient reagiert kühler.
- Die Erfahrung mit Sterbenden läßt die Einstellung nüchterner werden.
- Eine akute Gefährdung des Lebens in der Vergangenheit führt zu einer Sensibilisierung des Patienten.

150 chirurgische Patienten wurden in unserer Untersuchung befragt. Dabei haben wir uns von dem Gedanken leiten lassen,

daß gerade Patienten einer chirurgischen Abteilung über spezifische Todeserfahrung verfügen müßten. Die befragten Patienten hatten entweder die Operation und die damit verbundene Narkose noch vor sich, oder sie waren zum Zeitpunkt der Befragung schon operiert worden. Entweder war ihnen ein Unfall zugestoßen oder sie litten an einer Erkrankung, die nur durch einen operativen Eingriff zu behandeln war. Allen gemeinsam war die unmittelbare Bedrohung des eigenen Lebens durch die Erkrankung, die Operation und die Narkose. Trotz des hohen Niveaus der heutigen Medizin ist eine Narkose nie risikolos. Eine Operation ist nach wie vor ein lebensgefährdender Eingriff. Der Pätient wird betäubt mit dem Bewußtsein, eventuell nie wieder aufzuwachen. Er ist direkt vom Tod bedroht. Diese unmittelbare Konfrontation mit dem Tod muß sich in spezifischer Weise im Todeskonzept niederschlagen.

2. METHODEN

2.1 Der Fragebogen

Der Fragebogen, der in dieser Untersuchung verwendet wurde (siehe Anhang), besteht aus vier Teilen:

1. den allgemeinen Fragen zur Person: Alter, Geschlecht, Bildung, Schwere der Krankheit, Religion, Krankenhauserfahrung, Kontakt mit Sterbenden usw.;
2. dem Satzergänzungsteil mit elf Satzanfängen zum Thema Tod und Sterben;
3. dem Semantischen Differential mit 18 Polaritäten;
4. der Todesfurchtskala.

Der Satzergänzungsteil und das Semantische Differential wurden im wesentlichen dem "Fragebogen zur Einstellung zu Tod und Sterben" (FEST) entnommen, den Potthoff (POTTHOFF 1980) entwickelt hat. Die Todesfurchtskale, übrigens die einzige deutsche Skala bisher, stammt aus einer Untersuchung von Hensle (HENSLE 1975).

Die Patienten benötigen zur Ausfüllung des Fragebogens in der Regel 30 Minuten. Da der Satzergänzungsteil am schwierigsten zu beantworten war, kam es hier zu den meisten Rückfragen. Obwohl die Patienten beim Verteilen der Fragebögen kurz instruiert wurden, traten hier Blockierungen auf. Eine erneute Anleitung half in den meisten Fällen, den Fragebogen zu komplementieren. Zehn von hundertfünfzig Patienten kreuzten beim Polaritätenprofil jeweils nur den mittleren Wert einer jeden Zeile an. Sie konnten sich weder für die Feinabstufungen noch für die Extremwerte entscheiden. Sie machten sich nicht die Mühe, den Begriff "Tod" hinsichtlich gegensätzlicher Bedeutungspaare näher aufzuschlüsseln. Diese Polaritätenprofile wurden von der Auswertung ausgeschlossen. (Fehler der "Zentralen Tendenz")

Auch beim Semantischen Differential traten häufig Rückfragen auf, die aber in der Regel schnell geklärt werden konnten. Dagegen wurde die Todesfurchtskala sowie der persönliche Fragenteil von allen Patienten zügig und ohne Schwierigkeiten ausgefüllt.

Insgesamt kann man feststellen, daß es den Patienten viel Mühe und Anstrengung kostete, den Fragebogen auszufüllen. Besonders die Komplementierung der Satzanfänge und das Einschätzen der Polaritäten beanspruchten viel Zeit. oft waren die Patienten nur nach erneuter Aufforderung und durch den Hinweis auf den Zweck dieser Untersuchung dazu zu motivieren, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Sehr selten kam es vor, daß ein oder einige Teile des Fragebogens nicht ausgefüllt waren, da beim Einsammeln der Fragebögen diese auf ihre Vollständigkeit überprüft wurden und gegebenenfalls den Patienten zurückgegeben wurden.

2.2 Die Patienten

Die Datenerhebung wurde von September 1982 bis Februar 1983 auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Am Urban in Berlin-Kreuzberg durchgeführt. An dieser Stelle möchte ich der chirurgischen Ärzteschaft des Urbankrankenhauses für die Genehmigung und bereitwillige Unterstützung dieser Untersuchung danken. Das Krankenhaus Am Urban versorgt den Stadtteil Kreuzberg, der in Berlin zu den sozial am stärksten benachteiligten zählt. Hier wohnen viele ausländische Arbeitnehmer, Arbeitslose, Rentner und Studenten. Diese Strukturen werden sich in spezifischer Weise in unserer Patientengruppe niederschlagen.

Die chirurgische Abteilung des Urban Krankenhauses besteht aus fünf Stationen, inklusive einer Privatstation. Die Bettenzahl beträgt ca. 130. Auf sämtlichen Stationen, d.h. in jedem Krankenzimmer, wurden Fragebögen verteilt und die Patienten aufgefordert, an der Untersuchung teilzunehmen.

Leider konnten wir bei jedem Durchgang jedoch nur 20 bis 30 Patienten dazu motiviert werden, an der Untersuchung teilzunehmen. Viele Patienten lehnten von vornherein eine Befragung über Tod und Sterben ab. Die häufigsten Argumente waren: "Ich möchte mit diesem Thema nicht im Krankenhaus belastet werden. Ich habe mir darüber noch keine Gedanken gemacht. Ich möchte damit nichts zu tun haben." Andere Patienten waren psychisch oder physisch nicht in der Lage, den Fragebogen zu bearbeiten. Häufig waren sie durch die Operation noch zu stark geschwächt, oder ihre Bewußtseinslage war getrübt.

Großes Interesse an dieser Untersuchung zeigten vor allem junge Patienten und schwerkranke Patienten. Tod und Sterben wird in unserer Gesellschaft tabuisiert und man kann sich leicht vorstellen, daß im Krankenhaus die Hemmschwelle nicht gerade vermindert sein wird. Am ehesten waren junge Leute bereit, dieses Tabu zu durchbrechen. Für sie ist im allgemeinen der Tod noch so weit entfernt, daß sie noch ganz nüchtern und emotionslos darüber reden können. Auch sind junge Leute eher dazu bereit, bestehende Tabus zu brechen und in Frage zu stellen. In dem gleichen Sinn zeigten auch höher gebildete Patienten stärkeres Interesse an diesem Thema und größere Teilnahmebereitschaft. Ältere Patienten und Patienten, die einer niedrigeren Bildungsschicht angehören, neigten dagegen eher zu einer Verweigerung. Jedem Patienten wurde die Teilnahme an dieser Untersuchung angeboten, doch die freiwillige Basis der Befragung führt zwangsläufig zu einer Selektierung der Patienten. Wir müssen daher diese Auswahl der Patienten bei der Frage der Repräsentativität und der Aussagekraft der Ergebnisse dieser Untersuchung berücksichtigen (externe Validität), auch wenn der Autor beim Verteilen der Fragebögen im Krankenhaus versuchte, gerade auch die weniger interessierten Patienten zu dieser Befragung zu motivieren.

Schwerkranke Patienten dagegen, insbesondere Krebskranke, zeigten entgegen der allgemeinen Meinung großes Interesse,

an dieser Untersuchung teilzunehmen. Diese Patienten sind unmittelbar mit dem Tod konfrontiert. Sie müssen sich mit diesem Thema beschäftigen und sind dankbar, wenn sie die Gelegenheit dazu bekommen. So baten mich viele schwerkranke Patienten beim Austeilen der Fragebögen um ein persönliches Gespräch über Tod und Sterben. Überall und gerade im Krankenhaus wird dieses Thema tabuisiert, und es besteht offensichtlich ein großes Bedürfnis, darüber zu sprechen, vor allem für die Patienten, die unmittelbar vom Tod bedroht sind. Für die anderen ist der Tod noch zu weit entfernt. Sie verstecken sich lieber hinter dem Tabu und möchten nicht damit konfrontiert werden. Sie meiden dies unangenehme Thema und beschäftigen sich lieber mit etwas anderem, das ihnen zur Ablenkung dieser bedrohlichen Thematik hilfreich ist, d.h. sie schieben die Auseinandersetzung mit dem Tod hinaus.

Die Rücklaufquote betrug bei dieser Untersuchung 79 %. Insgesamt 150 Fragebögen liegen dieser Arbeit zugrunde. Die Kranken wurden gemäß der auf chirurgischen Abteilungen üblichen Unterscheidung in allgemeinchirurgische und traumatologische unterteilt (siehe Tab. 2.1). Nur vier Krebspatienten nahmen an dieser Untersuchung teil, was zum einen daran liegt, daß das Urban Krankenhaus nicht auf die Behandlung von Krebs spezialisiert ist und zum anderen daran, daß viele Krebspatienten nicht in der psychischen Verfassung waren, den Fragebogen auszufüllen. Im Urban Krankenhaus ist es üblich, den Patienten über seine Prognose aufzuklären, und diese Nachricht verschlechtert zunächst die momentäre Befindlichkeit des Patienten. Auch ließ oft die schlechte physische Verfassung der Krebspatienten eine schriftliche Befragung nicht zu. Andere Krebspatienten waren zwar bereit, über Tod und Sterben zu sprechen, lehnten dies aber in Form eines Fragebogens ab.

Patienten	abs. Häuf.	rel. Häuf.
allgem.-chir.	70	46.7
traumatologisch	62	41.3
Krebs	4	2.7
sonst.	14	9.3
Summe	150	100.0

Tab. 2.1: Patienten nach unterschiedlichen Erkrankungen aufgeschlüsselt: Allgem.-chir. Patienten bilden die größte Gruppe, dicht gefolgt von traumatologischen Patienten. Krebspatienten sind mit vier an der Zahl nur eine verschwindend kleine Gruppe.

Die Geschlechterzusammensetzung mit 64 % männlichen zu 36 % weiblichen Patienten ist zugunsten der Männer verschoben und spiegelt bei ausgewogener Geschlechterverteilung innerhalb des Patientengutes u.a ihre größere Bereitschaft wider, über Tod und Sterben zu sprechen. Männer neigen im allgemeinen zu einer nüchterneren Einstellung gegenüber Tod und Sterben als Frauen (siehe auch Kapitel 3.5.3.). Diese kühle Distanziertheit macht es ihnen leichter, dieses Thema zu diskutieren. Frauen reagieren dagegen emotionaler. Aufkommende Gefühle der Ängstlichkeit oder Hilflosigkeit führen eher zu einer Ablehnung der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben.

Alter	abs. Häuf.	rel. Häuf.
< 30	50	33.3
30 - 49	67	44.7
≥ 50	33	22.0
Summe	150	100.0

Tab. 2.2.: Altersverteilung der Patienten: Fast die Hälfte der Patienten sind zwischen 30 und 49 Jahre alt. Jeder dritte Patient ist unter 30 und fast jeder vierte über 50.

Die Altersverteilung der Patienten zeigt Tab. 2.2. Das Durchschnittsalter beträgt 39 Jahre und ist in Richtung jung verschoben. Dies hat zwei Gründe: Zum einen sind, wie oben schon erwähnt, junge Leute eher bereit, über Tod und Sterben zu sprechen, zum anderen liegen auf chirurgischen Abteilungen mehr junge Leute als auf inneren Abteilungen, da von Frakturen, Leistenhernien und Appendiciden - die häufigsten Diagnosen auf chirurgischen Abteilungen - in der Regel mehr die jüngeren betroffen sind. Das Altersminimum lag bei 13, das Maximum bei 77.

An weiteren Parametern über die Patienten wurden die Religionszugehörigkeit, die Häufigkeit der stationären Behandlung, die Art der Vorbehandlung, die Kontakthäufigkeit mit Sterbenden, die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Situation, der Bildungsstand, die Berufstätigkeit, der Familienstand und das Zusammenleben mit einem Partner erhoben. Wir gehen auf diese Daten und ihren Einfluß auf das Todeskonzept im Kapitel 3.5 näher ein.

2.3 Auswertung

Die ausgefüllten Fragebögen wurden vom Autor selbst codiert und auf Lochkarten gespeichert. Die Codierung wurde durch eine parallele Codierung, die eine Studentin der Rechtswissenschaften vornahm, kontrolliert (siehe Kapitel 3.1.2). Die Verrechnung der Daten erfolgte an der Zentraleinrichtung Datenverarbeitung der Freien Universität Berlin (ZEDAT). Es wurde dort an der data 100 gerechnet und das Statistical Package for the Sozial Sciences (SPSS), Version 8.3 verwendet (vgl. BEUTEL u.a. 1980).

3. ERGEBNISSE

3.1 Todesvorstellungen

3.1.1 Prinzip und Struktur des Satzergänzungsverfahrens

Verbale Satzergänzungsverfahren entwickelten sich aus Wortassoziationsexperimenten, die auf Galten, Bleuler und Jung zurückgehen (MEILI 1978). Auf ein vorgegebenes Wort wird die Reaktionszeit gemessen. Zwischen präsentiertem Wort und einsetzender Reizantwort entsteht ein mehr oder weniger langes Intervall. Hemmungen und Blockierungen ermöglichen eine diagnostische Interpretation.

Im Gegensatz zur Wortassoziationsmethode wird beim verbalen Satzergänzungsverfahren nicht die Schnelligkeit der Reaktion, sondern der Inhalt der Antworten ausgewertet. Das Satzergänzungsverfahren ist ein projektiver Test. Es geht davon aus, daß sich in den Satzergänzungen die Einstellungen, Bedürfnisse und die psychische Verfassung der Versuchspersonen niederschlagen. Die innere Situation des Probanden stellt sich in seinen Äußerungen dar. Die Satzanfänge provozieren ihn, etwas von seiner Person preiszugeben. Dabei sind die Satzergänzungen von vornherein nicht durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten eingeengt. Es existieren keine Antwortkategorien zum Ankreuzen. Der Satzanfang ist der einzige Faktor, der die Assoziation der Versuchspersonen in eine bestimmte Richtung lenkt. Die Antwort wird in ihrer Spontanität und in ihrem Inhalt nicht im voraus begrenzt. Die Satzanfänge ermöglichen der individuellen Reaktion einen großen Spielraum (vgl. HILTMANN 1971).

Satzanfänge eignen sich daher vorzüglich zur Erfassung von Vorstellungen, die nicht in ihrer Komplexität bekannt sind. Satzergänzungen haben Aufforderungscharakter und regen die Versuchsperson zum Nachdenken an. Der angefangene Satz drängt auf seine Vollendung (Aspekt der "guten Gestalt"

im Sinne der Gestaltpsychologie). Er stellt einen Reiz dar, der bewußte und unbewußte Bilder produzieren kann. Seine Aufforderung dringt in die tieferen Schichten der Persönlichkeit vor. Die Antworten verraten uns etwas von der Eigentümlichkeit der Person. Assoziationen sind Veräußerungen der inneren Befindlichkeit.

In dieser Untersuchung wurden elf Satzanfänge verwendet (siehe Tab. 3.1). Sie sind nach übergeordneten Themen sortiert. Die ersten neun Satzanfänge des Fragebogens wurden von der Potthoffschen Untersuchung (POTTHOFF 1980) und der zehnte Satzanfang von Langen (LANGEN 1984) übernommen. Der elfte Satzanfang kam neu hinzu.

Thema	Satzanfang
Definition des Todes	"Der Tod ist ..."
Bedeutung des Lebensverlusts	"Für die meisten Menschen bedeutet der Tod ..."
	"Für viele Kranke bedeutet der Tod ..."
Prozeß des Sterbens	"Das Schlimmste beim Sterben ist ..."
	"Ich glaube beim Sterben fühlen die meisten Menschen ..."
	"Wenn ich einmal sterbe, möchte ich ..."
	"Man fühlt sich beim Sterben leichter, wenn ..."
	"Der schönste Tod ist ..."
Zustand nach dem Tod	"Nach dem Tod ..."
Aufklärung	"Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen, ist ..."

Tab. 3.1 : Struktur des Satzergänzungsverfahrens: Die elf im Fragebogen verwendeten Satzanfänge können verschiedenen Themenbereichen zugeordnet werden. Die meisten Satzanfänge beziehen sich auf den Prozeß des Sterbens.

"Definition des Todes" bezieht sich auf die allgemeine Vorstellung vom Tod. Der Tod wird hier eher kognitiv bewertet im Gegensatz zum "Todeserleben", bei dem mehr die verschiedenen Gefühlsqualitäten angesprochen werden. Kognitive und emotionale Bewertung müssen nicht gleich sein, sie können sich auch widersprechen. Sie sind unterschiedliche Bewertungsformen.

"Bedeutung des Lebensverlusts" erfaßt eine ähnliche Fragestellung wie "Definition des Todes". Nur ist hier die Frage nicht so abstrakt und bestimmend gestellt. Sie bezieht sich direkt auf "Menschen und Kranke". Sie ist keine philosophische Fragestellung, sondern berührt mehr praktische Erfahrungen.

"Prozeß des Sterbens" bezieht sich sowohl auf die besonderen Belastungen, die ein Sterbender zu ertragen hat, als auch auf die Erleichterungen, die ihm gewährt werden können. Der Wunsch nach einem angenehmen Tod reflektiert zugleich die tatsächlichen Befürchtungen vor dem Sterben. Der Sterbevorgang führt zu außergewöhnlichen Belastungen nicht nur auf der Seite des Patienten. Das Sterben ist mit einer endgültigen Trennung von der vertrauten Umgebung verbunden. Angehörige und Bekannte spüren den Verlust des Verstorbenen.

Die Frage nach dem "Zustand nach dem Tod" ist nicht nur ein religiöses Thema. Ihrer Beantwortung liegt auch eine Bewertung der Situation des totkranken Patienten zugrunde.

Schließlich ist noch das Problem der "Aufklärung" interessant. Welche Stellungnahme nehmen Patienten dazu ein, gerade wenn man bedenkt, daß es noch weit verbreitet ist, den totkranken Patienten nicht vollständig über seine Erkrankung aufzuklären?

3.1.2 Auswertung des Satzergänzungsverfahrens

Zunächst wurden die Satzergänzungen von 150 Fragebögen in ihrer wörtlichen Formulierung niedergeschrieben und sortiert. Dabei ergab sich, daß gewisse Formulierungen entweder häufig vorkamen oder ähnlich lauteten. Weiterhin hatten Satzergänzungen mit verschiedenem Wortlaut oft den gleichen Bedeutungsinhalt, so daß sich in die Vielfalt der Satzergänzungen schon bald eine Ordnung bringen ließ. Es wurden in einer ersten Zuordnungsphase zunächst Unterkategorien gebildet, die eine weitere semantische Zusammenstellung der verschiedenen Satzergänzungen ermöglichten. Schon auf der Ebene der Unterkategorien ergab sich, daß die verschiedenen Todesvorstellungen nicht so mannigfaltig sind, wie ursprünglich angenommen. Es wurden maximal 17 und minimal 7 Unterkategorien als Zuordnungsbegriffe verwendet.

In einer zweiten Phase wurden den verschiedenen Unterkategorien Oberbegriffe zugeordnet. Es zeigte sich, daß die Oberbegriffe, die in der Untersuchung von Potthoff (POTTHOFF 1980) verwendet wurden, ohne weiteres übernommen werden konnten. Sie eigneten sich vorzüglich zur weiteren Zusammenfassung der Unterkategorien. Nur für die Satzergänzungen 3, 5 und 9 mußte jeweils ein neuer Oberbegriff gebildet werden. Durch die zweite Kategorisierung konnte die Vielfalt der Satzergänzungen erneut reduziert werden. Für eine Satzergänzung wurden maximal acht und minimal vier Kategorien benötigt. Die verschiedenen Antworten auf die angefangenen Sätze wurden auf diese Weise überschaubar.

Die Satzergänzungen, die sich nicht einer Kategorie zuordnen ließen, wurden unter die Kategorie "Verschiedenes" subsumiert, da es sich nicht lohnte, wegen einzelner Satzergänzungen neue Kategorien zu formulieren. Insgesamt wurden 5,6 % der Satzergänzungen unter "Verschiedenes" zusammengefaßt.

Waren Satzanfänge nicht beantwortet worden, so wurden sie der Kategorie "Versager" zugeordnet. Im ganzen waren dies 2 % aller Satzergänzungen. Daß der gesamte Satzergän-

zungsteil nicht beantwortet war, kam bei dieser Untersuchung (N = 150) nicht vor.

Da durch die Kategorisierung der Antworten ein Moment der Subjektivität in die Auswertung hineinkommt, wurden 25 zufällig ausgewählte Fragebögen einem zweiten Auswerter vorgelegt. Dieser Auswerter war eine Studentin der Rechtswissenschaften. Sie wurde vorher ausführlich in die Verwendung der Kategoriensysteme eingewiesen. Es ergaben sich folgende Übereinstimmungen in der Codierung der Satzergänzungen zwischen ersten und zweiten Auswerter.

Satz	Interratsübereinstimmung
1	100 %
2	76 %
3	88 %
4	80 %
5	100 %
6	96 %
7	92 %
8	96 %
9	84 %
10	78 %
11	92 %

Tab. 3.2: Interratsübereinstimmung bei Kategorisierung der elf Sätze in Prozent (N = 25). Die durchschnittliche Interratsübereinstimmung zwischen ersten und zweiten Auswerter beträgt 91 %.

Die größte Interratsübereinstimmung beträgt 100 %. Sie kommt bei Satz 1 und Satz 5 vor. Die niedrigste Übereinstimmung hat einen Wert von 76 % und charakterisiert Satz 2. Insgesamt ergab sich eine Interratsübereinstimmung von 91 %, die als ein Maß für die Auswertungsobjektivität der Kategoriensysteme zu werten ist.

3.1.3 Definition des Todes

Die vierte Satzergänzung "Der Tod ist ..." ist der zentrale Satz für die Bildung der Todestypologie (siehe Kapitel 3.2). Der angefangene Satz induziert eine definitionsähnliche Fortführung des Satzes. Diese Satzergänzung ist die am einfachsten formulierte und auch zugleich am schwierigsten zu beantwortende Fragestellung innerhalb des Satzergänzungsteils, wenn man bedenkt, welche philosophischen und religiösen Implikationen in ihr liegen. Um so erstaunlicher ist es, daß von 150 Patienten nur einer diese Frage nicht beantwortet hat und daß 95 % der Patienten recht konkrete Vorstellungen dazu haben, die sich im wesentlichen auf vier Kategorien reduzieren lassen (Tab. 3.3).

"Der Tod ist ..."	abs. Häuf.	rel. Häuf.
Das Ende des Lebens	46	30.7
Eine fremde Macht	32	21.3
Eine Erlösung	36	24.0
Ein schreckliches Ereignis	28	18.7
Verschiedenes	7	4.7
Versager	1	0.7
Summe	150	100.0

Tab. 3.3 : Kategorien der Satzergänzung 4:"Der Tod ist...". Alle gegebenen Satzergänzungen ließen sich unter vier Kategorien subsumieren. Nur 4.7 % der Antworten ließen sich nicht eindeutig zuordnen. Nur ein Patient von 150 gab keine Antwort.

Es dominiert die Vorstellung vom Tod als dem Ende des Lebens (30.7 %). Dies ist eine nüchterne, quasi naturwissenschaftliche Betrachtungsweise des Todes. Die Bedeutung des Todes wird vor allem in der zeitlichen Begrenzung des Lebens gesehen. Die zweithäufigste Todesvorstellung ist die der Erlösung (24 %). Dieser Begriff beinhaltet sowohl

die Erleichterung von Schmerzen und Qualen als auch eine religiöse Überzeugung von einem Weiterleben nach dem Tod. Diese Vorstellung vom Tod hat insgesamt eine positive Wertung zur Folge im Gegensatz zu den beiden letzten Kategorien, die ungefähr gleichhäufig vorkommen. In der Vorstellung "Der Tod ist eine fremde Macht." (21.3 %) wird der Tod als eine Kraft erlebt, der man nicht entrinnen kann. Diese Gewalt ist nicht zu beeinflussen, alle sind ihr ausgesetzt, um letztendlich ihr zu unterliegen. Noch negativer ist der Tod in der letzten Kategorie getönt. In ihr wird der Tod zu einem "schrecklichen Ereignis" (18.7 %). Er ruft unangenehme und abstoßende Gefühle hervor. Er wird als etwas Grausames und Schlimmes erlebt.

3.1.3.1 Der Tod als Ende des Lebens

Die Kategorie "Der Tod ist das Ende des Lebens" bezieht sich auf drei Unterkategorien: "das Ende im allgemeinen, der natürliche Abschluß des Lebens, endgültig" (Tab. 3.4). Allen drei Unterkategorien ist gemeinsam, daß sie das Leben als einen zeitlich begrenzten Vorgang auffassen, dem der Tod eine Grenze setzt. Der Tod beendet das Leben, und das Leben kann nicht ohne Tod sein. Der Tod ist der Gegensatz zum Leben.

Die Unterkategorie "das Ende im allgemeinen" läßt außer der zeitlichen Dimension keine weiteren Merkmale erkennen, die die Todesvorstellung näher charakterisieren könnten. Patienten, die zu dieser Unterkategorie gehören, sind in sich verschlossen, sie möchten möglicherweise nicht mehr über ihre Gedanken und Gefühle bezüglich des Todes preisgeben. Umgekehrt haben sie sich vielleicht noch keine weiteren Gedanken über den Tod gemacht. Ihnen ist es unangenehm, sich mit diesem Thema näher auseinanderzusetzen. Deshalb tun sie es mit einer kurzen, nüchternen Bemerkung ab, die eigentlich keinen großen Aussagewert hat.

Unterkategorien	abs. Häuf.	rel. Häuf.
Der Tod ist das Ende des Lebens.		
das Ende im allgemeinen	28	18.7
der natürliche Abschluß des Lebens	12	8.0
endgültig	6	4.0
Der Tod ist eine fremde Macht.		
unabwendbar	23	15.3
gerecht	9	6.0
Der Tod ist eine Erlösung.		
Erlösung von Schmerzen	26	17.3
jenseitiges Leben	6	4.0
Ruhe, Frieden	4	2.7
Der Tod ist ein schreckliches Ereignis.		
schrecklich, grausam	28	18.7
Summe	142	94.7

Tab. 3.4: Unterkategorien der Todesvorstellung "Der Tod ist ...". Die feine Aufschlüsselung der vier Kategorien: Ende, fremde Macht, Erlösung und schreckliches Ereignis zeigt deren inhaltlichen Dimensionen.

Die Patienten der zweiten Unterkategorie "der natürliche Abschluß des Lebens" verraten schon mehr über ihre Todesvorstellung. Sie repräsentieren eine naturwissenschaftliche Auffassung vom Tod. Der Tod wird nicht nur als individuelles Schicksal begriffen, sondern zugleich als unabdingbare Voraussetzung für die Entstehung neuen Lebens verstanden. Der Tod wird in den Zusammenhang des biologischen Zyklus gestellt. Der Tod ist somit kein willkürliches von außen einwirkendes Ereignis, sondern ein dem biologischen Lebensprozeß immanentes Geschehen.Der Tod ist "natürlich" in dem Sinne, daß er die Voraussetzung für die Existenz neuen Lebens schafft.

Die dritte Unterkategorie "endgültig" charakterisiert Patienten, die vor allem die Irreversibilität des Todes

betonen. Diese Unumkehrbarkeit des Todes hat die Menschheit schon immer beschäftigt. Man denke z.B. nur an die griechische Mythologie. Zu schön wäre es doch, wenn man den Tod noch einmal rückgängig machen könnte. So nehmen Kinder, wie schon erwähnt, die Unwiderruflichkeit des Todes in der Regel erst im Alter von sechs Jahren in ihr Todeskonzept auf (B. KANE 1975; Y. HANSEN 1972; N. BEAUCHAMP 1974). Die Unwiderruflichkeit des Todes müßte stärker bei Personen zu Bewußtsein treten, die selber der Gefahr ausgesetzt sind, zu sterben. Zu solchen Personen gehören Patienten im Krankenhaus. Personen dagegen, die im medizinischen Bereich tätig sind und die natürlich auch mit dem Tod konfrontiert werden, aber nicht selber davon betroffen sind, scheint diese Irreversibilität durchaus nicht ins Bewußtsein zu springen, denn bei der Potthoffschen Untersuchung (POTTHOFF 1980) kommt die Unterkategorie "endgültig" nicht vor. Für das medizinische Personal ist der eigene Tod wohl noch zu weit entfernt, als daß die Endgültigkeit des Todes wahrgenommen wird.

3.1.3.2 Der Tod als fremde Macht

Der zweite Kategorienkomplex "Der Tod ist eine fremde Macht" symbolisiert die Hilflosigkeit des Menschen. Trotz der gewaltigen Fortschritte auf dem Gebiet der medizinischen Wissenschaften ist es noch nicht gelungen, den Tod zu besiegen. Zwar gelingt es immer wieder, das Leben zu verlängern, doch stellt sich der Tod auch immer wieder als eine nicht zu beeinflussende Kraft dar. Das Selbstbewußtsein des Menschen wird verletzt. Dem Machtbereich des Menschen werden deutliche Grenzen gesetzt. Seine Machtlosigkeit wird offensichtlich.

Gerade diese Situation des Ausgeliefertseins muß dem Patienten bewußt werden. So findet sich denn auch häufig die Unterkategorie "unabwendbar". Der Patient ist im Krankenhaus in eine passive Rolle gedrängt. Die aktive Seite

nimmt das medizinische Personal. Den Kampf gegen die Krankheit führen die Professionellen. Der Patient selber muß warten und geduldig sein. Er ist an der gegen die Krankheit kämpfenden Allianz nicht beteiligt. Er kann selber nichts Aktives unternehmen. Er wartet auf den Ausgang der Krankheit, ohne sie beeinflussen zu können.

Diese Situation führt zu Gefühlen der Depression und Resignation. Der Tod ist eine unbeeinflußbare Macht, der man sich nur hingegen kann. Andererseits kommen aber auch Gefühle des Trostes auf, wenn der Patient bedenkt, daß nicht nur er, sondern jeder andere Mensch auch in diese Situation der Ausgeliefertheit kommen wird. Diese Gedanken werden umschrieben mit der Unterkategorie "Der Tod ist gerecht". Der Tod läßt keinen Lebenden aus. Diese Einsicht spendet Trost, auch wenn sie an der Grundsituation der Ausgeliefertheit des einzelnen Patienten nichts ändert. Sie verbessert nur kurzfristig seine Stimmung. Es ist bemerkenswert, daß diese Unterkategorie in der Untersuchung von Potthoff (POTTHOFF 1980) nicht vorkommt. Offensichtlich ist es notwendig, sich Trost zu verschaffen, wenn man als Patient die Situation der Hilflosigkeit erlebt. Nimmt man dagegen an dieser Situation nur teil, z.B. in der Rolle des Arztes, so ist dies nicht nötig.

3.1.3.3 Der Tod als Erlösung

Der dritte Oberbegriff ist die "Erlösung". Sie stellt eine insgesamt positive Wertung dar. Sie ist die zweithäufigste Kategorie, was ihre Bedeutung unterstreicht. Ihre häufigste Unterkategorie ist "Erlösung von Schmerzen". In ihr finden sich Formulierungen wie: "Der Tod ist eine Erlösung für Schwerkranke", oder "Der Tod ist manchmal eine Erlösung". Diese Aussagen beinhalten die Vorstellung, daß der Tod eine schmerzvolle Situation des Menschen beendet. Er ist eine Erlösung von Qualen und Siechtum. Er ist aber nur für Schwerkranke und Patienten, die große Schmerzen

zu leiden haben, eine Erleichterung. In anderen Situationen ist er es nicht. Die Patienten hüten sich hier vor einer zu großen Pauschalierung. Solange es dem Patienten noch einigermaßen gut geht, ist der Tod keine Erlösung, sondern ein Unglück. Der Tod wird erst in der letzten Phase der Erkrankung zur Erleichterung. Es bleibt abzuwarten, wie Patienten diesen Sachverhalt nicht bei sich selber, sondern bei anderen Kranken sehen (vgl. Kapitel 3.1.4; SE 7: "für viele Kranke bedeutet der Tod ...).

Die zweite Unterkategorie "jenseitiges Leben" kommt relativ selten vor (4 %). Die Patienten sind wohl zu sehr mit ihren Schmerzen beschäftigt. Sie verkörpert die religiöse Vorstellung von einem Weiterleben nach dem Tod. Der Tod ist der Übergang zu einem neuen, besseren Leben. Mit dem Tod wird die Seele von ihrem Körper befreit. Die Qualen sind zu Ende, und eine andere Existenz kann beginnen.

"Ruhe und Frieden" als letzte Unterkategorie hat eine ähnliche Bedeutung. Auch hier wird der Zustand nach dem Tod als angenehm empfunden. Aber "Ruhe und Frieden" ist nicht so religiös wie "jenseitiges Leben" gefaßt. Es ist eine mehr neutrale Äußerung. Der Tod befreit den Patienten aus einer gespannten Situation. Danach existieren keine Sorgen und keine Mühen mehr. Der Tod ist ein ausgeglichener Zustand, in dem nichts mehr passiert.

3.1.3.4 Der Tod als schreckliches Ereignis

Der letzte Kategorienkomplex "Der Tod ist ein schreckliches Ereignis" ist von allen Oberkategorien in sich am wenigsten differenziert. Als Satzergänzungen kommen nur semantisch ähnliche Adjektive vor wie: "schrecklich, grausam, schlimm". Sie drücken alle ein Gefühl des Entsetzens und der Ablehnung aus. Eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem Tod kann auf diese Art nicht zustandekommen, da sie sofort durch die starke negative Wertung blockiert wird. Die Emotionen reagieren drastisch und einheitlich.

Die Unterkategorie "Der Tod ist ein Tabu" (vgl. POTTHOFF 1980) kommt in dieser Untersuchung nicht vor. Patienten scheinen im Gegensatz zu Ärzten den Tod nicht so stark zu tabuisieren. Zu sehr sind sie selber mit diesem Thema beschäftigt. Durchaus sind sie an einem Gespräch darüber interessiert. Der Arzt dagegen, dem der Tod seine Macht beschneidet, möchte dieses Thema eher vermeiden. Es paßt nicht in das Weltbild der modernen technisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin, die das Leben um jeden Preis zu verlängern versucht.

3.1.3.5 Vergleich der Todesvorstellungen bei Ärzten, Laien und Patienten

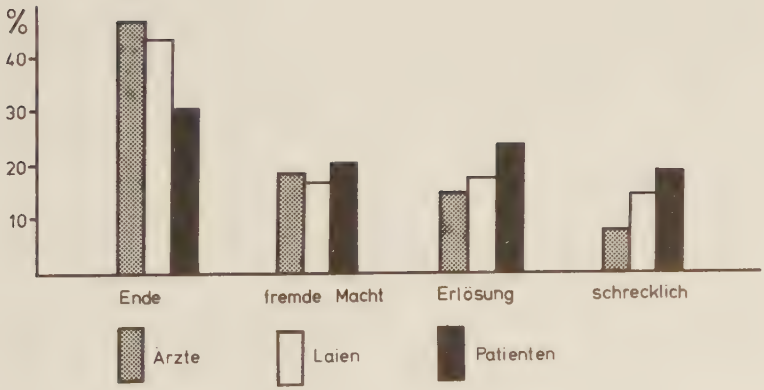

Abb. 3.1: Verteilung der vier Bestimmungen des Todes, untersucht an Ärzten (POTTHOFF 1980, N = 545), an einem Ausschnitt der Normalbevölkerung (= Laien, LANGEN 1984, N = 460) und an Patienten (N = 150)

Abb. 3.1 zeigt, daß die nüchterne Vorstellung vom Tod als dem einfachen Lebensende vor allem bei Ärzten (47 %) ausgeprägt ist. Bei Laien kommt diese Vorstellung auch noch in 44 % der Fälle vor, während Patienten (31 %) schon deutlich seltener zu dieser Aussage neigen. Die unmittelbare Gefährdung des eigenen Lebens, vom Arzt über den Laien bis zum Patienten aufsteigend, läßt die sachliche Einstellung schwinden und die emotionale Stellungnahme zunehmen. Der Tod wird zur "Erlösung" oder zum "schrecklichen Ereignis". Die eigene Betroffenheit führt zu heftigen Reaktionen. Die kühle Distanziertheit geht verloren.

Umgekehrt führt eine professionelle Beschäftigung mit dem Tod zu einer Reduktion der emotionalen Besetzung und zu einem Zunehmen der nüchternen Einstellung gegenüber dem Tod. Die größere Häufigkeit in der Konfrontation mit dem Tod läßt den Arzt emotional kälter reagieren. Der Tod wird zu einer alltäglichen Erscheinung. Er ist nichts Außergewöhnliches mehr, er ist nur das Ende des Lebens.

Auch der Laie, der sich sicherlich schon häufig mit dem Tod beschäftigt hat, neigt im Ganzen gesehen, zu einer kühlen Haltung gegenüber dem Tod. Für ihn ist der Tod noch zu weit entfernt, als daß er zu einer emotionalen Stellungnahme bewegt werden könnte. Der Laie kann sich noch eine gefühlsneutrale Haltung erlauben. Er reagiert aber schon deutlich emotionaler als der Arzt.

Am stärksten emotional reagiert der Patient. Die nüchterne Haltung schwindet weiter und der Tod wird häufiger als "Erlösung" und als "schreckliches Ereignis" vergegenwärtigt. In dem Maße, in dem das eigene Leben durch den Tod bedroht wird, nimmt die distanzierte Haltung ab und die emotionale zu. Die Gefühlsneutralität wird aufgegeben zugunsten entweder einer positiven oder einer negativen Wertung des Todes. Die zunehmende Bedrohung durch den Tod führt zu einem immer stärkeren emotionalen Engagement, die neutrale Haltung muß aufgegeben werden.

- Zusammenfassung:

Die Bestimmung des Todes durch die Patienten führt zu den gleichen Bedeutungsinhalten, die auch schon bei Ärzten (POTTHOFF 1980) und bei Laien (LANGEN 1984) eruiert werden konnten. Die vier Momente in der Bestimmung des Todes durch die Patienten sind:"Ende, fremde Macht, Erlösung, schreckliches Ereignis." "Ende" repräsentiert eine nüchterne, quasi naturwissenschaftliche, Vorstellung vom Tod. Der Tod ist die zeitliche Grenze des Lebens. Diese Vorstellung dominiert innerhalb der Patientenschaft, gefolgt von der Vorstellung, daß der Tod den Patienten von seinen Schmerzen und Qualen befreit. Er ist in diesem Sinne eine "Erlösung". Die dritthäufigste Bestimmung betont die Unausweichlichkeit des Todes. Er ist eine "fremde Macht", der man nicht entrinnen kann, die man nicht beeinflussen kann. Alle sind ihr ausgesetzt. Der Tod als ein "schreckliches Ereignis" wird von dem kleinsten Teil der Patienten vergegenwärtigt. Bei ihnen ist der Tod derart stark emotional besetzt, daß das Emotionale gewissermaßen ins Kognitive durchschlägt. Eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem Tod wird von vornherein blockiert. Der Tod ist einfach grausam und schlimm.

Der Vergleich der verschiedenen Todesbestimmungen zwischen Ärzten, Laien und Patienten verdeutlicht, daß in Abhängigkeit von der eigenen Bedrohtheit durch den Tod, vom Arzt über den Laien bis zum Patienten aufsteigend, die nüchterne Einstellung schwindet und die emotionale Stellungnahme zunimmt. Der Tod wird in erhöhtem Maße sowohl als schrecklich als auch als erlösend vergegenwärtigt. Die zunehmende eigene Betroffenheit läßt die Vorstellungen gefühlsmäßiger werden. Die kühle Distanziertheit geht spürbar verloren. Trotzdem bleibt nach wie vor auch bei Patienten die nüchterne Vorstellung dominierend.

3.1.4 Bedeutung des Lebensverlusts für andere

Patienten sind nicht nur mit ihrem eigenen Tod konfrontiert, sondern in der Situation des Krankenhauses erleben sie unmittelbar den Tod anderer Patienten. Entweder stirbt ein Patient in ihrem Krankenzimmer oder auf der Station. Der Patient, der nicht wie der Arzt nur während der Visiten oder während der Ausführung eines kleinen ärztlichen Eingriffs in Kommunikation mit dem totkranken Patienten tritt, erfährt den Sterbenden umfassender. Er erlebt ihn Tag und Nacht. Er erfährt unmittelbar seine Sorgen und Schmerzen. Er nimmt direkt an seiner Situation teil. Auch wenn der Patient bei Verschlechterung seiner Krankheit in ein anderes Zimmer verlegt wird, bricht die Beobachtung nicht ab. Patienten wissen meist sehr genau, was auf der Station geschieht. Diese direkte Erfahrung mit dem Tod muß sich in spezifischer Weise in Vorstellungen niederschlagen, die sich auf den Tod anderer Menschen beziehen. Die Bedeutung des Todes, die die Patienten anderen Personen beimessen, werden durch die Satzergänzungen: "Für die meisten Menschen bedeutet der Tod ..." und "Für viele Kranke bedeutet der Tod ..." erfaßt.

Zunächst fällt in Tabelle 3.5 auf, daß für die beiden Satzergänzungen die gleichen Auswertungskategorien benutzt werden konnten wie bei der Definition des Todes. Offensichtlich decken sich Eigenbeobachtung ("Der Tod ist ...") und Fremdbeobachtung ("Für die meisten Menschen bedeutet der Tod ..." und "Für viele Kranke bedeutet der Tod ...") hinsichtlich ihrer Bedeutungsinhalte. Unterschiede sind nur in der Verteilung der verschiedenen Kategorien auf die drei Satzanfänge festzustellen.

Bezieht sich die Fremdbeobachtung allgemein auf die "meisten Menschen" so wird der Tod häufig als "schreckliches Ereignis" und als "Ende des Lebens" und weniger als "fremde Macht" vorgestellt. Der Tod des Menschen im allgemeinen wird im Gegensatz zum eigenen Tod von einem Teil der Patienten nüchterner und von einem anderen Teil angstvoller

vergegenwärtigt. Der Tod fremder Personen wird als nicht so bedrohlich und unausweichlich erlebt. Insgesamt unterscheiden sich aber die Bedeutung des eigenen Todes und die Bedeutung des Todes, die dem Menschen allgemein beigemessen wird, nicht wesentlich voneinander, denn nach dem Chi-Quadrat-Test besteht für beide Satzergänzungen eine signifikante Häufung auf dem 1-Prozent-Niveau, d.h. bei Patienten stimmen im Gegensatz zu Ärzten (vgl. POTTHOFF 1980) Eigen- und Fremdbeobachtung des Todes mit hoher Wahrscheinlichkeit überein (siehe auch: Konstruktion der Todestypologie, Kapitel 3.2.1).

Kategorien	"Der Tod ist ..."	"Für die meisten Menschen bedeutet der Tod ..."	"Für viele Kranke bedeutet der Tod ..."
	Rel. Häuf.	Rel. Häuf.	Rel. Häuf.
Ende	30.7	37.3	6.0
fremde Macht	21.3	3.3	1.3
Erlösung	24.0	26.7	84.0
schreckliches Ereignis	18.7	28.7	5.3
Verschiedenes	4.7	3.3	3.3
Versager	0.7	0.7	-
Summe	100.0	100.0	100.0

Tab. 3.5: Eigene Todesbedeutung des Patienten im Vergleich zur Todesbedeutung, die er dem Menschen im allgemeinen und dem Kranken beimißt.

Anders stellt sich dieser Sachverhalt dar, wenn Patienten nach der Bedeutung des Todes für "viele Kranke" gefragt werden. Hier dominiert mit 84 % eindeutig die Kategorie "Erlösung" als Vorstellung vom Tod. Unter den Satzergänzungen kommen oft nur die Begriffe "Erlösung" und "Erleichterung" vor. Es wird nicht näher ausgeführt, ob sich diese

Begriffe auf die Beendigung von Schmerzen oder auf ein Weiterleben nach dem Tod beziehen. Auch wird nicht differenziert, in welchem Stadium einer Krankheit der Tod als Erlösung betrachtet werden sollte, wie wir dies bei der Bedeutung des eigenen Todes (siehe Kapitel 3.1.3.3) feststellen konnten. Der Erlösungsbegriff ist hier allgemeiner und pauschaler gefaßt. Ihm fehlt jegliche Konkretisierung.

Die starke Häufung des Erlösungsbegriffes, die bei Ärzten mit 74 % (vgl. POTTHOFF 1980, S. 53) deutlich niedriger ausfiel als bei Patienten, läßt den kranken Patienten in einer ausweglosen Situation erscheinen. Der Tod ist für ihn keine Bedrohung mehr, er ist auch nicht schrecklich oder furchtbar, er wird zum Ausweg aus einer aussichtslosen Lage, zu einer Rettung. Diese Vorstellung verstärkt sich bei Patienten. Es verbirgt sich dahinter ein Bild vom todkranken Patienten, das vor allem durch Leid und Hoffnungslosigkeit geprägt wird. Seine Situation ist wenig aussichtsreich, der Kampf gegen die Krankheit scheint schon verloren zu sein. Seine Qualen sind unerträglich, nur der Tod kann sie beenden.

Andererseits legt die starke Pauschalierung des Erlösungsbegriffs den Verdacht nahe, daß hier allgemein gültige Redewendungen benutzt werden. Der Tod eines Kranken wird klischeehaft beurteilt. Die eingebürgerte Vorstellung bedient sich der positiven Wertung des Todes. Auch die unmittelbare Konfrontation mit dem Tod vermag das Stereotyp nicht aufzubrechen. Oder umgekehrt: In einer emotional besonders stark gefärbten Situation wird ein Klischee benutzt. Die stereotype Vorstellung kann auf vorgegebene und bewährte Bedeutungsinhalte und die damit verbundenen Gefühle zurückgreifen und dadurch die betreffende Person vor dieser Situation schützen. Dieser Wall verhindert die direkte Auseinandersetzung mit dieser Situation und ermöglicht ihre Überwindung.

- Zusammenfassung

Durch die unmittelbare Bedrohung des eigenen Lebens kommt die Bedeutung des Todes, die dem Menschen im allgemeinen beigemessen wird und die Bedeutung des eigenen Todes zur Deckung. Eigenbeobachtung und Fremdbeobachtung sind hier kongruent. Speziell für Kranke dagegen bedeutet der Tod hauptsächlich Erlösung. Bei Kranken verliert in der Sicht der Patienten der Tod seine nüchterne, bedrohliche und angstvolle Bedeutung. Er wird in verstärktem Maße pauschal als Erlösung vergegenwärtigt.

3.1.5 Prozeß des Sterbens

Wie bereits dargestellt, sterben die meisten Menschen nicht zu Hause, sondern im Krankenhaus. Die vertraute Umgebung ist einer sterilen gewichen. Der Tod ist aus dem privaten Bereich verbannt worden. Der Patient, der das Krankenhaus nicht mehr verläßt, macht eine besondere "Karriere" durch die Krankenhauszimmer. Im Laufe der Verschlechterung seiner Krankheit wird er mit immer schwerer kranken Patienten zusammengebettet. Die Zimmer werden immer kleiner und der Besuch, der anfangs noch häufig kam, wird spärlicher, bis er schließlich kurz vor dem erwarteten Ende noch einmal anschwillt (vgl.: GLASER, STRAUSS 1974).

Diese Beobachtungen und die besondere Situation des Krankenhauses müssen bei Patienten zu recht konkreten Vorstellungen über das Sterben führen. Mit Hilfe der Satzergänzungen wurden Assoziationen zu den Belastungen des Todes, zur Sterbehilfe und zum "schönsten" Tod ermittelt.

3.1.5.1 Belastungen des Sterbenden

Vorstellungen über die spezifischen Belastungen des Sterbenden wurden mit den Satzergänzungen erfaßt: "Das Schlimmste beim Sterben ist ..." und "Ich glaube, beim Sterben fühlen die meisten Menschen ...". Anhand dieser beiden Satzergänzungen zeigte sich in der Untersuchung von Potthoff (POTTHOFF 1980), daß Ärzte ein Bild vom sterbenden Patienten haben, das durch die "Triade" Schmerz, Einsamkeit und Angst charakterisiert ist. Das technisierte Krankenhaus läßt den Patienten mit seinen psychischen Problemen alleine. Den immer besseren Möglichkeiten der Lebensverlängerung entspricht eine Verarmung in der Auseinandersetzung mit dem Sterbenden. Das körperliche Geschehen tritt in den Vordergrund und die sozialen Bedürfnisse werden vernachlässigt. Der Sterbende ist einsam und verlassen. Er hat keine Person um sich, mit der er sich über seine Situation unterhalten

kann. Er ist allein gelassen mit seinen Schmerzen und Ängsten. Mit zunehmender Verschlechterung seiner Krankheit wird er zu einer Belastung für die Station. Er wird isoliert und man versucht ihn zu meiden. Er wird zu einer unangenehmen Begegnung, denn er stellt die Macht der Medizin in Frage. Seine Situation erscheint furchterregend und bedrückend.

"Das Schlimmste beim Sterben ist ..."	rel. Häuf.
Schmerz, Qual, Siechtum	42.0
Einsamkeit, kalte Umgebung	10.7
Angst, Panikgefühle	7.3
Ungewißheit	10.7
Endgültigkeit	3.3
Verlust der Angehörigen	19.3
Verschiedenes	6.0
Versager	0.7
Summe	100.0

Tab. 3.6: Belastungen des Sterbenden: Der Patient ist vor allem um die zu erleidenden Schmerzen und Qualen und um den bevorstehenden Verlust der Angehörigen besorgt.

Das Bild, das sich Patienten vom Sterben machen, ist ein anderes. Es ist erstaunlicherweise nur gering durch die Vorstellung der Einsamkeit geprägt (vgl. Tab. 3.6). Auch werden Gefühle der Angst nicht häufig erwähnt. Der Ungewißheit wird ebenfalls nur eine geringe Bedeutung beigemessen, und die Endgültigkeit wird von allen Kategorien am seltesten erwähnt. Im Vordergrund der Vorstellung stehen die Schmerzen und Qualen, die ein Sterbender zu ertragen hat. Fast jeder zweite Patient (42 %) sieht darin das Schlimmste beim Sterben. Die unerträglichen Schmerzen und der zunehmende Abbau des Körpers beunruhigen den Patienten

zutiefst. Da er selber von einer Krankheit betroffen ist, kann er sich eher in die Situation eines Sterbenden einfühlen. Das Siechtum ist das Schlimmste, was ihm passieren kann.

Auch der bevorstehende Verlust des Lebens und der damit verbundene Verlust der Angehörigen bedrückt in der Sicht der Patienten den Sterbenden außerordentlich. Solange der Tod noch weit entfernt ist, tritt dieser Aspekt nicht so deutlich zu Bewußtsein. Auf dem Sterbebett wird er jedoch als sehr belastend empfunden. Die Irreversibilität des Todes läßt jede Hoffnung im Keim ersticken. Verlust des Lebens bedeutet Abschied nehmen von allen Nahestehenden und Bekannten, von der vertrauten Umgebung und von alledem, was man sich bis dahin geschaffen hat. Das Leben wird in seinem biographischen Verlauf noch einmal betrachtet, es kann ein Resümee aufgestellt werden. Der unmittelbar bevorstehende Verlust des Lebens beschäftigt den Sterbenden fortwährend. Das Bild, das der Patient sich vom Sterben macht, wird zum einen durch die Sorge um die zu erleidenden Schmerzen und zum anderen durch die Sorge um den bevorstehenden Lebensverlust geprägt.

Das Moment der Einsamkeit hat in der Sicht der Patienten eine geringere Bedeutung als in der Fremdbeobachtung durch Ärzte. Dieses Resultat sollte in Beziehung zu Diskussionen gesetzt werden, in denen immer wieder der institutionelle Charakter des Krankenhauses betont wird und die zunehmende Vereinsamung des Patienten kritisiert wird. Offensichtlich beurteilt der Patient diese Vereinsamung aber als nicht so gewichtig wie der Fremdbeobachter, z.B. der Arzt (vgl. POTTHOFF 1980). Die zunehmende Vereinsamung und Isolierung des Patienten wird nicht als das Schlimmste beim Sterben angesehen. Es bleibt abzuwarten, wie Patienten diese Vereinsamung unter dem Aspekt der Sterbehilfe beurteilen (siehe weiter unten).

Auch unter den Gefühlen, die dem Sterbenden zugesprochen werden, spielt die Einsamkeit nur eine geringe Rolle (vgl. Tab. 3.7). Es dominieren Gefühle der Angst mit 28 %, d.h.

fast jeder dritte Patient ist der Meinung, daß der Sterbeprozeß mit stark negativen Gefühlen einhergeht. Umgekehrt wertet die zweitstärkste Patientengruppe den Sterbevorgang im Prinzip als positiv. Er ist kein Leidensprozeß, sondern eine Erlösung. Er befreit den Sterbenden von seinen Schmerzen und Qualen. Er wird als Erleichterung erlebt.

"Ich glaube, beim Sterben fühlen die meisten Menschen ..."	rel. Häuf.
Angst	28.0
Einsamkeit	8.7
Erlösung von Schmerzen	21.3
nichts, keine Angst	20.0
Verlust des Lebens	12.0
Verschiedenes	6.0
Versager	4.0
Summe	100.0

Tab. 3.7.: Gefühle des Sterbenden: Der nahende Tod ist auf der einen Seite beängstigend und auf der anderen Seite erlösend.

Die dritte Patientengruppe glaubt, daß der Sterbevorgang mit keinen Gefühlen einhergeht. Häufig taucht hier die Formulierung auf: "Ich glaube, beim Sterben fühlen die meisten Menschen nichts." Es wird jedoch nicht klar, was mit "nichts" gemeint ist. Wird durch den zunehmenden körperlichen Verfall die geistige Wachheit immer mehr beeinträchtigt, bis der sterbende Patient schließlich nichts mehr empfinden kann? Wird durch Gabe von starken Schmerzmitteln der Sterbende so stark sediert, daß er von seinen Gefühlen nichts mehr wahrnehmen kann? Oder bedeutet "nichts", daß der Versuch einer Assoziation blockiert wurde? Dem Sterben anderer Menschen konnte keine Gefühlsreaktion zugeordnet werden. Bei dem Versuch einer Einfühlung in die Situation

eines Sterbenden kommen möglicherweise derart starke Angstgefühle auf, die eine Stellungnahme dazu unmöglich machen. "Nichts" wird zur Verlegenheitsantwort. Sie täuscht eine gefühlsmäßig neutrale Einstellung zum Tod vor und verdeckt die starke emotionale Besetzung. Die neutrale Antwort wird zu einer Angstbewältigungsstrategie. Sie wäre angesichts der existenziellen Bedeutung, die der Sterbeprozeß für den Patienten hat, für sich genommen, völlig unverständlich.

Die emotionale Seite des Sterbens ist durch Gefühle der Angst auf der einen Seite und Gefühle der Erleichterung auf der anderen Seite gekennzeichnet. Sterben wird einmal positiv und einmal negativ bewertet. Vielleicht ist auch die emotionale Lage des Patienten widersprüchlich. Der nahende Tod ist beängstigend und zugleich befreiend. Er beendet das Leben, aber auch die Schmerzen. Er wird herbeigesehnt und gleichzeitig abgelehnt. Er ist schrecklich und angenehm.

3.1.5.2 Hilfen für den Sterbenden

Die Situation des Sterbenden ist, noch einmal zusammengefaßt, vor allem durch die zu erleidenden Schmerzen, aber auch durch die Sorge um den bevorstehenden Lebensverlust und durch Gefühle von Angst und Erleichterung gekennzeichnet. Daher ist es nicht verwunderlich, wenn in den Vorstellungen über Sterbebeistand die Kategorie "ohne Schmerzen" am häufigsten vorkommt (vgl. Tab. 3.8). Assoziationen zum Sterbebeistand wurden zum einen mit der mehr persönlich formulierten Satzergänzung: "Wenn ich einmal sterbe, möchte ich ..." und zum anderen mit der allgemein formulierten Satzergänzung: "Man fühlt sich beim Sterben leichter, wenn ..." erfaßt. Zwei im Gegensatz zu Potthoff (POTTHOFF 1980) neue Kategorien: "Art der Bestattung" für die persönlich formulierte und "ohne Sorgen" für die allgemein formulierte Satzergänzung mußten geschaffen werden, um sämtliche Antworten sinnvoll ordnen zu können. Unter "Art der Bestattung"

sind Antworten wie: "Wenn ich einmal sterbe, möchte ich verbrannt werden, nicht verbrannt werden" oder "der Medizin" zur Verfügung stehen." subsumiert. Der Begriff "ohne Sorgen" beinhaltet Formulierungen wie: "Man fühlt sich beim Sterben leichter, wenn man alles geregelt hat, die Angehörigen versorgt weiß" oder "sich aller Sorgen entledigt hat".

Kategorie	"Wenn ich einmal sterbe, möchte ich ..."	"Man fühlt sich beim Sterben leichter, wenn ..."
	rel. Häuf.	rel. Häuf.
ohne Schmerzen	33.3	29.3
mit innerem Frieden	10.7	3.3
unter Freunden	6.7	1.3
in vertrauter Umgebung	1.3	24.7
nach erfülltem Leben	5.3	4.7
nach innerer Vorbereitung	2.7	6.7
mit religiöser Überzeugung	8.7	4.0
Art der Bestattung	20.7	-
ohne Sorgen	-	15.3
Verschiedenes	8.7	8.0
Versager	2.0	2.7
Summe	100.0	100.0

Tab. 3.8: Vorstellungen über Sterbebeistand: Der Patient möchte in erster Linie ohne Schmerzen sterben. Er möchte alle weltlichen Verpflichtungen erledigt wissen.

Diese Antworten sind recht konkret. Sie weisen darauf hin, daß der Patient sich schon intensiv mit seinem Tod auseinandergesetzt hat. Diese eingehende Beschäftigung findet aber nicht auf einem hohen intellektuellen Niveau statt, sondern sie berührt unmittelbar praktische Fragen: Welche Art von Beerdigung ziehe ich vor? Welche Angelegenheiten müssen noch erledigt werden? Es sind z.T. Formalitäten,

aber sie betreffen den Patienten direkt. Es ist sein Körper, der beerdigt werden muß, und er möchte gern selber entscheiden, wie es geschehen soll. Die unmittelbare Gefährdung des Patienten läßt seine Gedanken konkret werden. So muß die Versorgung der Angehörigen gewährleistet sein usw.. Erst wenn alle weltlichen Verpflichtungen beendet sind, kann der Patient in Ruhe Abschied nehmen.

Auf der anderen Seite bedeutet nicht die ständige Beschäftigung mit noch zu erledigenden Angelegenheiten eine Ablenkung vom eigenen Tod und eine Möglichkeit, unter den Lebenden weiter zu agieren? Immer neue Angelegenheiten fallen dem Patienten ein, die von ihm noch vor seinem Tod erledigt werden müssen. Er versucht auf diese Weise, den Tod möglichst weit hinauszuschieben. Er wird gewissermaßen durch seine Verpflichtungen vom Sterben abgehalten. Sie geben ihm eine Berechtigung zum Weiterleben (vgl. KÜBLER-ROSS 1975).

Ist die Satzergänzung persönlich formuliert, so findet sich bei jedem zehnten Patienten (10.7 %): "Wenn ich einmal sterbe, möchte ich mit innerem Frieden sterben." Ruhe und innere Ausgeglichenheit werden als entspannende Atmosphäre vorgestellt. Gelassenheit, Ungestörtsein sind Bedingungen, die das Sterben erleichtern können. Lärm und Unruhe sind störende Faktoren. Sie lenken den Patienten von seiner Hingabe ab. Entspannung und Stille werden als letzte Phase der Krankheit erlebt. Sie bedeuten Annahme der unausweichlichen Krankheit. Die Schlacht ist schon geschlagen, der Patient hat verloren, seine Kräfte sind erlahmt. Ruhe und Frieden charakterisieren diese Situation. Der Patient fügt sich in sein Schicksal (vgl. KÜBLER-ROSS 1975).

Im Gegensatz zur mehr persönlich formulierten Satzergänzung (1.3 %) gibt fast jeder vierte Patient (24.7 %) in der distanzierten Betrachtungsweise an, daß das Sterben leichter ist, wenn es in vertrauter Umgebung, insbesondere zu Hause, geschieht. Es ist zwar nicht der persönliche Wunsch, zu Hause zu sterben, doch dem Durchschnittsmenschen wird zugestanden, in seinem gewohnten Lebensrahmen zu

sterben. Das Krankenhaus wird als Ort des Sterbens für die Allgemeinheit abgelehnt. Sterben ist leichter, wenn es im sozialen und räumlichen Umfeld der häuslichen Umgebung stattfindet. Vereinsamung und Isolierung wirken sich ungünstig aus. Vertraute Umgebung und gewohnter Lebensrahmen machen das Sterben weniger schwer.

Für den Patienten selber jedoch kommt das Sterben zu Hause nicht in Frage. Sterilität und zunehmende Vereinsamung scheinen ihn nicht so stark zu belasten, er hat sich schon an die Krankenhausatmosphäre gewöhnt. Zu sehr wünscht er Ruhe und Entspannung, die er nicht unbedingt zu Hause erwarten kann. Das Krankenhaus ist ihm nicht fremd. Im Laufe seiner Erkrankung hat er gelernt, sich darin einzurichten. Zu Hause müßte er sich oft mit seinen Verwandten und Bekannten auseinandersetzen, im Krankenhaus kommen sie nur zur Besuchszeit, die übrige Zeit kann er mit sich selbst in Ruhe verbringen. Vielleicht fällt der Abschied nicht so schwer, wenn der Patient nicht ständig Kontakt mit ihm nahestehenden Personen hat. Er wird nicht so oft an sein Leben erinnert. Die Trennung kann leichter vollzogen werden. Er kann Abstand gewinnen.

Ist die Situation des Sterbenden aus der Sicht der Patienten durch Schmerz, Sorge um den bevorstehenden Lebensverlust, Gefühle der Angst und Erleichterung gekennzeichnet, so ist das Sterben leichter, wenn es ohne Schmerzen und mit innerem Frieden vorgeht und wenn alle weltlichen Angelegenheiten erledigt sind. Sterben wird nicht unbedingt mit Vereinsamung und Isolierung gleichgesetzt. Ruhe und Entspannung werden als erleichternde Atmosphäre vorgestellt. Schmerzfreiheit ist der vordringlichste Wunsch, der geäußert wird. Die Erledigung aller weltlichen Verpflichtungen bedeutet Erleichterung und Trennung zugleich. Der Sterbende nimmt Abschied von seiner Umwelt. Er kann sich ganz auf sich selbst konzentrieren.

3.1.5.3 Der "schönste" Tod

Die Frage nach dem "schönsten" Tod wurde im wesentlichen mit zwei Antwortkategorien beantwortet: "Ruhe/Schlaf" und "schneller Tod" (vgl. Tab. 3.9). Beiden Kategorien ist gemeinsam, daß der Prozeß des Sterbens ohne größere Schmerzen vonstatten geht. Schmerzfreiheit wird somit von fast allen Patienten beim Sterben gewünscht.

"Der schönste Tod ist ..."	rel. Häuf.
schneller Tod	48.0
Ruhe/Schlaf	38.7
Verschiedenes	10.7
Versager	2.7
Summe	100.0

Tab. 3.9: Vorstellungen über die "angenehmste" Art zu sterben: Der "schönste" Tod ist ein schneller, plötzlicher Tod, der ohne größere Schmerzen von statten geht.

Zwar ist ein schneller und plötzlicher Tod, wie z.B. der Herzinfarkt, nicht unbedingt schmerzlos, aber die Schmerzen dauern nicht lange an. Der Tod tritt schnell ein, und der Patient braucht keine langen Qualen zu ertragen. Siechtum, langes Krankenlager, körperlicher Verfall werden nicht erlebt. Der schnelle Tod trifft häufig den Menschen unerwartet. Er tritt ohne wesentliche Prodromi auf. Er reißt den Menschen unverhofft aus dem Leben. Er bewahrt ihn aber auch vor langen Leiden. Insgesamt wünscht sich die Mehrzahl der Patienten (48 %) einen schnellen Tod.

Rund 39 % der Patienten möchten eher im Schlaf vom Tod überrascht werden. Das ruhige Einschlafen ist für sie ein "angenehmerer" Tod als ein schneller. Der Schlaf betäubt den Menschen. Der Schlafende merkt nicht viel von seinem Körper und von seiner Umwelt. Der Schlafende spürt nicht

direkt den Prozeß des Sterbens. Er wird zwar ähnlich wie beim schnellen Tod von ihm überrascht, er nimmt ihn aber nicht unmittelbar wahr. Der Schlaf versetzt ihn in einen bewußtseinsreduzierten Zustand, in dem seine Wahrnehmung eingeschränkt ist. Der Patient schläft ein und wacht nicht mehr auf. Es ist ein friedlicher Tod ohne unmittelbaren Kampf. Hingabe, Ruhe und Nichts-Merken charakterisieren diesen Tod.

Der schnelle Tod trifft den Menschen plötzlich und abrupt, während der Tod im Schlaf sich eher einschleicht. Ersterer ruft meistens einen kurzen Todeskampf hervor, den der Sterbende direkt erlebt. Er kann sehr schmerzhaft sein, während der Schlafende nicht viel von diesem Geschehen spürt. Er hat das Bewußtsein verloren, um es nie wieder zu erlangen. Der Tod hat ihn in einer Phase getroffen, in der die Empfindung vermindert ist. Der Tod überwindet den Schlafenden gewissermaßen kampflos. Der Schlafende merkt und spürt nichts.

- Zusammenfassung

Aus der Sicht der Ärzte ist nach Potthoff (POTTHOFF 1980) die Situation des Sterbenden durch die Triade "Angst, Schmerz, Einsamkeit" gekennzeichnet. Der Patient sieht diese Situation anders. Die zu erduldende Einsamkeit bedrückt ihn nur wenig. Er ist vor allem um die zu erleidenden Schmerzen besorgt. Sein vordringlichster Wunsch ist Schmerzfreiheit.

Auch der bevorstehende Verlust der Angehörigen beunruhigt ihn, und das Sterben fällt ihm leichter, wenn er seine weltlichen Verpflichtungen erledigt weiß. Sterben induziert auf der einen Seite Gefühle der Angst und auf der anderen Seite Gefühle der Befreiung vom Krankenlager.

Obwohl es nicht der persönliche Wunsch ist, in vertrauter Umgebung, zuhause, zu sterben, wird dem Durchschnittsmenschen zugestanden, in seinem gewohnten Lebensrahmen zu

sterben. Das Krankenhaus wird als Ort des Sterbens für die Allgemeinheit abgelehnt.

Der schönste Tod aus der Sicht der Patienten ist ein Tod, der schnell und plötzlich eintritt. Er verursacht keine langen Leiden und Qualen. Er trifft den Menschen unerwartet.

Die Situation des Sterbenden im Krankenhaus ist vor allem durch die zu erleidenden Schmerzen und Qualen gekennzeichnet. Sterben bedeutet Siechtum. Der Patient möchte keinen langen Leidensweg gehen müssen.

3.1.6 Todeserleben

Mit der achten Satzergänzung: "Wenn ich an den Tod denke, fühle ich ..." soll die emotionale Qualität der Todesvorstellung gemessen werden. Gefühlsmäßige Äußerungen sind zwar nicht unabhängig von der kognitiven Bewertung, sie geben jedoch unverfälschter die innere Stellungnahme der Versuchspersonen wieder. Sie sind direkter und nicht so schnell veränderbar. Die emotionale Qualität spiegelt das besondere Verhältnis wieder, das der Patient zu Tod und Sterben eingeht. Diese Beziehung ist von vornherein durch die Übermacht des Todes geprägt. Wir erwarten daher durchweg negative Gefühle (vgl. Tab. 3.10).

"Wenn ich an den Tod denke, fühle ich ..."	abs. Häuf.	rel.Häuf.
Angst	62	41.3
nichts	39	26.7
Machtlosigkeit	5	3.3
Trauer	16	10.7
mich zu jung zum Sterben	10	6.7
Hoffnung	4	2.7
Verschiedenes	10	6.7
Versager	4	2.7
Summe	150	100.0

Tab. 3.10: emotionale Tönung des Todes: Der Tod wird durchweg negativ bewertet.

Die Satzassoziationen lassen sich wie in der Potthoffschen Untersuchung (POTTHOFF 1980) in sechs Kategorien unterschiedlicher Gefühlsqualitäten einordnen. Es überwiegt deutlich mit 41.3 % die Angst als emotionale Einschätzung des Todes. Furcht ist die häufigste emotionale Reaktion des Patienten auf die gedankliche Vorstellung vom Tode. Der Tod ist mit stark negativen Gefühlen besetzt. Er führt zu Schrecken und Unbehagen. Die zweithäufigste Kategorie (26.7 %) ist "nichts". Patienten, die zu dieser Gruppe gehören, können keine Gefühle bezüglich des Todes angeben. Ihre Gefühlslage ist durch den Tod nicht zu beeinflussen. Sie reagieren starr und assoziationslos. Anders dagegen die drittstärkste Patientengruppe (10.7 %): Sie empfinden Trauer. Der Tod ruft in ihnen Gefühle der Wehmut und des seelischen Schmerzes hervor. Sie sind betrübt, wenn sie an den Tod denken. Rund 7 % fühlen sich noch zu jung zum Sterben und nur 3 % empfinden Machtlosigkeit. Insgesamt bewerten über 90 % den Tod als negativ und nur 2.7 % sehen in dem Tod auch ein positiv getöntes Ereignis. Sie fühlen Hoffnung und Zuversicht.

Angst und Trauer sind die vorherrschenden Gefühlsregungen. Die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Tod führt zu ängstlichen und wehmütigen Emotionen. Der Tod ist ein unangenehmes Thema, dem man gern entfliehen möchte. Er ist bedrückend, er erzeugt Furcht und seelischen Schmerz.

Die sechs Gefühlskategorien lassen sich in weitere Unterkategorien aufschlüsseln (Tab. 3.11). Die Oberkategorie "Angst" umfasst die Begriffe: "Angst, Unwohl/Grauen" und "Unruhe". In ihnen variiert das Ausmaß an Angst. Die Klarheit der Empfindung ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Auf der einen Seite des Pols steht die reine Angst ohne jede weitere sprachliche Differenzierung. Hier wird die Angst am deutlichsten empfunden und am stärksten gespürt. Die gefühlsmäßige Assoziation zum Tod stellt sich sofort ein. Die Wertung ist eindeutig klar. Der Tod ruft Gefühle der Furcht und Beklemmung hervor. Die Begriffe Unwohl und Grauen sind schon nicht mehr so eindeutig, und der Begriff

"Wenn ich an den Tod denke, fühle ich ..."	Unterkategorie	abs.Häuf.	rel.Häuf.
Angst	Angst	21	14.0
	Unwohl/Grauen	35	23.3
	Unruhe	6	4.0
nichts	nichts	26	17.3
	keine Angst	6	4.0
	ganz normal	4	2.7
	das Ende	3	2.0
Machtlosigkeit	Hilflosigkeit	3	2.0
	Ungewißheit	2	1.3
Trauer	Trauer	14	9.3
	Einsamkeit	2	1.3
zu jung zum Sterben	zu jung zum Sterben	6	4.0
	schönes Leben	4	2.7
Hoffnung	Hoffnung	2	1.3
	Ruhe	2	1.3
Summe		136	90.5

Tab. 3.11: Unterkategorien des Todeserlebens

der Unruhe auf der anderen Seite des Pols ist am wenigsten genau. Hier ist die Empfindung verschwommen. Die Wahrnehmung ist diffus. Die Angst ist nicht klar zu erkennen, sie ist nicht so stark ausgeprägt. Es wird nur ein Gefühl der Unruhe wahrgenommen. Bei der gedanklichen Auseinandersetzung mit dem Tod entstehen nicht reflektorisch Gefühle der Angst, sondern es resultiert ein unangenehmes und quälendes Empfinden. Dieses kann nicht genau gedeutet werden und versetzt den Betreffenden in eine undurchsichtige Gemütslage.

Noch unklarer ist das emotionale Befinden, wenn die Patienten angeben, daß sie "nichts" empfinden, wenn sie an den Tod denken. Ihre Reaktion scheint gefühlsneutral zu sein. Das Thema Tod ruft bei ihnen keine emotionale Reaktion

hervor, es stellt sich keine Empfindung ein. offensichtlich wird die Wahrnehmung blockiert (siehe auch Kapitel 3.1.5.1). Dieses Thema muß derart stark emotional besetzt sein, daß keine gefühlsmäßige Reaktion zustande kommt. Die emotionale Wertung wird unterdrückt, sie ist wohl zu gefährlich für das Individuum und stört sein psychisches Gleichgewicht erheblich. Deswegen entsteht von vornherein keine wahrnehmbare Empfindung. Das Thema Tod scheint den Patienten nicht zu bewegen. Er reagiert scheinbar gefühlsneutral.

Ähnlich ist die Formulierung: "Wenn ich an den Tod denke, fühle ich keine Angst." zu deuten. Der betreffende Patient weiß, daß normalerweise ein Gefühl der Angst auftritt, wenn man sich mit dem Tod gedanklich beschäftigt, bei ihm jedoch fehlt diese Reaktion. Seine Angstbewältigungsstrategien lassen zwar das Wissen um den Mechanismus der Angstentstehung zu, nicht jedoch die Empfindung selbst. Es stellt sich kein Angstgefühl ein. Die Emotion, nicht die Kognition wird hier unterdrückt.

Auch Patienten, die ihre Gefühlslage bezüglich des Todes mit "ganz normal" beschreiben, verraten nicht viel von ihrem Innenleben. Angesichts der existenziellen Bedeutung, die der Tod für das betreffende Individuum hat, ist eine gefühlsneutrale Bewertung nicht gerade wahrscheinlich. Angst und Schrecken sind unangenehme Gefühle, die gerne vermieden werden. Sie verbergen sich hinter scheinbar gefühlsneutralen Formulierungen. Die Angstabwehr hält die Gefühle versteckt.

Die Patienten, die in dem Tod ein bloßes "Ende" sehen, geben schon mehr von ihren Gefühlen preis. Der Tod wird nüchtern und sachlich bewertet. Er ist die zeitliche Begrenzung des Lebens. Er ist schlicht und einfach das Ende, dem keine besonderen Gefühlsqualitäten zugesprochen werden können. Der Tod wird gewissermaßen von einem neutralen Standpunkt aus betrachtet. Dieser liegt außerhalb des Individuums und kann dem Tod eine überindividuelle biologische Bedeutung beimessen (siehe auch Kapitel 3.1.3.1).

Die Vorstellung vom Tod als einer nicht zu beeinflussen-

den Macht ist schon aus Kapitel 3.1.3.2 bekannt. Ihr entspricht ein Gefühl der Hilflosigkeit und der Unsicherheit. Der Zeitpunkt des Todes ist nicht genau im voraus zu bestimmen. Man weiß nicht, was danach kommt. Sicher ist nur, daß der Tod jedes Lebewesen trifft und daß er irreversibel ist. Er ist unausweichlich, und der Betreffende kann sich nicht erfolgreich dagegen wehren. Der Tod ist eine fremde Macht. Die Situation des Sterbenden ist aussichtslos. Gefühle der Depression und Resignation begleiten ihn. Der Einzelne ist machtlos und hilflos. Der Tod ist nicht beherrschbar. Die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Tod führt zu Pessimismus und Entmutigung.

Dieses Moment der Resignation findet sich im Gefühl der Trauer wieder. Hier wird der Verlust des Lebens gespürt. Tod bedeutet Trennung von allen Mitmenschen und von der vertrauten Umgebung. Diese Trennungsarbeit muß geleistet werden. Sie kostet Kraft und Anstrenung. Abschiednehmen führt zu Gefühlen der Einsamkeit. Der Patient stirbt alleine. Seine Angehörigen bleiben zurück. Er verläßt sie für immer. Die Antizipation des Verlustes führt zum seelischen Schmerz. Trauern heißt Abschiednehmen und den Verlust spüren.

In der Formulierung: "Wenn ich an den Tod denke, fühle ich mich zu jung zum Sterben." steht auch der Verlust des Lebens im Vordergrund der Empfindung. Hier findet jedoch keine Trauerarbeit statt. Es wird nicht Abschied genommen, sondern im Gegenteil, es wird protestiert. Die Antizipation des Todes wird mit einer Ablehnung beantwortet. Der betreffende Patient will auf keinen Fall sterben. Er hängt noch sehr am Leben, er hat "noch gar nicht genug gelebt". Zu oft muß er an sein "schönes Leben" zurückdenken. Er hat gerne gelebt und will sein Leben so schnell nicht aufgeben. Er ist bereit, dafür zu kämpfen und wird heftigen Widerstand leisten. Er ist auf keinen Fall bereit, sich dem Tod hinzugeben.

Während die bisherigen Erlebnisformen alle negativ getönt waren, ist ein Gefühl der Hoffnung oder der Ruhe eher positiv gefärbt. Der Tod befreit den Kranken aus einer aus-

sichtslosen Lage. Der Kranke wird von seinen Schmerzen und Qualen erlöst. Der Tod beendet diesen Leidenszustand und versetzt den Sterbenden in einen Zustand der ewigen Ruhe. Er befreit den Menschen von allen Sorgen und Verpflichtungen. Er ist vielleicht der Übergang in eine angenehmere Daseinsform. Der Tod verspricht Zuversicht und Hoffnung. Diese gedankliche Vorstellung vom Tod erzeugt keine Angst- oder Trauergefühle, sondern versetzt den Patienten in einen Zustand der Erwartung. Der Tod wird annehmbar, indem er die Situation des Sterbenden positiv verändern kann.

Insgesamt gesehen, herrschen jedoch mit 41.3 % Angstgefühle vor, wenn Patienten an den Tod denken. Fast die Hälfte der Patienten reagiert mit einer einheitlichen emotionalen Form. Die Antizipation des Todes ruft in ihnen Furcht und Schrecken hervor. Diese Empfindung ist klar und stellt sich sofort ein. Sie ist eine der elementarsten emotionalen Reaktionsweisen von Lebewesen überhaupt. Im Gegensatz zu dieser quasi instinktiven Reaktionsweise zeigt ein gutes Viertel der Patienten keine emotionale Reaktion. Der Tod scheint sie nicht zu berühren, sie reagieren gefühlsneutral. Es stellt sich keine emotionale Wertung ein. Sie empfinden "nichts".

3.1.7 Zustand nach dem Tod

Wurden Patienten zu ihren Vorstellungen über den Zustand nach dem Tod gefragt, so antwortete die Mehrzahl der Patienten: "Nach dem Tod ist nichts, ist alles vorbei" oder "kommt nichts mehr". 54.7 % (Tab. 3.12) der Patienten sehen in dem Tod das Ende ihrer Existenz. Nach dem Tod ist jegliche Daseinsform ausgelöst. Nur. 23.3 % glauben an eine Weiterleben nach dem Tod. Insgesamt gehören jedoch 73.4 % der Patienten einer christlichen Glaubensgemeinschaft an. Die Zugehörigkeit zu einer christlichen Glaubensgemeinschaft geht nicht unbedingt mit dem Glauben an ein Weiterleben nach dem Tod einher. Vielleicht geben auch die meisten

bei direkter Befragung nicht zu, daß sie an ein jenseitiges Leben glauben, obwohl sie es im Innern für möglich halten. Da noch keiner aus dem Jenseits zurückgekehrt ist, behält man die Hoffnung lieber für sich und erklärt in der Öffentlichkeit, daß man nach dem Tod nichts zu erwarten habe. Durch dieses Manöver kann die eigene Unsicherheit versteckt werden und nach außen hin eine feste und starke Meinung präsentiert werden.

"Nach dem Tod ..."	rel. Häuf.
nichts	54.7
jenseitiges Leben	23.3
Ungewißheit	8.0
Ruhe/Frieden	7.3
Reaktion der Umwelt	3.3
Verschiedenes	2.7
Versager	0.7
Summe	100.0

Tab. 3.12: Vorstellungen über den Zustand nach dem Tod: Nur ein knappes Viertel der Patienten glaubt an ein Weiterleben nach dem Tod.

Die Begriffe "nichts" und "jenseitiges Leben" beziehen sich immer auf den einzelnen Tod. Für das betreffende Individuum verlöscht durch den Tod das Leben oder beginnt eine neue Existenz. Die gesamte Menschheit bleibt jedoch weiterbestehen. Der Tod wird nicht als notwendige Voraussetzung für das Fortbestehen von Leben betrachtet, sondern immer als individuelles Schicksal aufgefaßt. Der Tod wird von einem individuell-ontogenetischen Standpunkt her betrachtet. Nicht die durch den Tod ermöglichte Neuentstehung von Leben und damit die dauerhafte Erhaltung des Lebens wird betrachtet, sondern der Einzelfall. Der Tod beendet das einzelne Leben und ist daher von vornherein die Bedrohung der Existenz.

8 % der Patienten sind sich nicht sicher, was auf den Tod folgt. Ungewißheit ist eine Formulierung, die zwischen "nichts" und "jenseitigem Leben" einzuordnen ist. Sie ist zumindest ehrlich und resultiert nicht aus einer starren Überzeugung vom Weiterleben nach dem Tod oder aus einer voreiligen Ablehnung, hinter der sich eine große Unsicherheit verbergen kann. Patienten, die zu dieser Gruppe gehören, bewegen sich zwischen diesen beiden Polen. Eine eindeutige Festlegung ist ihnen nicht möglich.

Die gedankliche Assoziation im Sinne von Ruhe und Frieden (7.3 %) begegnete uns in dieser Untersuchung schon mehrfach (siehe Kapitel: 3.1.5.2, 3.1.5.3, 3.1.6). Der Tod befreit den Kranken von seinen Qualen und Schmerzen. Er bereitet dem Leid ein Ende und schafft einen Zustand der Ruhe und Ausgeglichenheit. Der Kampf ist beendet, der Tod hat gewonnen, es herrscht wieder Frieden. Die Situation ist entspannt.

Eine im Gegensatz zur Potthoffschen Untersuchung neue Kategorie "Reaktion der Umwelt" umfaßt Formulierungen wie: "Nach dem Tod sind alle beunruhigt" oder "ist Trauer für die Hinterbliebenen am schlimmsten". Hier macht der Patient sich Gedanken über die Reaktion der näheren Umgebung auf seinen Tod. Nicht die Frage nach seinem individuellen Schicksal nach dem Tod, sondern die Wirkung seines Todes beschäftigt ihn. Zu sehr ist er noch mit den Lebenden verbunden, als daß er sie ganz vergessen könnte. Er kann sich nicht auf sein eigenes Sterben konzentrieren. Er hat nur die anderen im Blickpunkt. Die Beschäftigung mit der Reaktion der Umwelt auf seinen Tod lenkt ihn von seinem eigenen Schicksal ab.

3.1.8 Aufklärung des Patienten

Die Frage, inwieweit ein Patient aufgeklärt werden soll, wird in der letzten Zeit heftig diskutiert. Oft wird die Entscheidung darüber davon abhängig gemacht, in welchem Zustand der Patient sich befindet und welche Bereitschaft er zeigt, die Wahrheit über seine Situation hören zu wollen. Der Arzt achtet auf Signale von seiten des Patienten, die ihm zu erkennen geben, welche Informationen er preisgeben und welche er noch für sich behalten muß. Der Patient wird etappenweise aufgeklärt. Jederzeit kann der Prozeß der Aufklärung wieder rückgängig gemacht werden, und der Patient in einen stärker illusionären Zustand zurückversetzt werden. Der psychische und physische Zustand des Patienten sind Parameter, die dem Arzt als Entscheidungshilfe dienen. Die Aufklärung findet nicht einmalig statt, sondern ist ein Prozeß, der eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt (vgl. KOCH, SCHMELING 1979).

Diese professionelle Ansicht über die Aufklärung des Patienten steht oft im Widerspruch zur gängigen Praxis. Entweder wird der Patient gar nicht aufgeklärt,oder er wird mit der Wahrheit über seine Situation überfahren. Es wird nur kurze Zeit aufgewendet, um den Patienten aufzuklären. Mehr Zeit ist dafür nicht vorhanden. Aufklärung und damit Eingeständnis der Machtlosigkeit der ärztlichen Kunst paßt nicht in eine Krankenhausatmosphäre, die durch moderne Technik und Hektik gekennzeichnet ist. Der Patient, der nicht mehr geheilt werden kann, stellt eine Bedrohung dar. Er stellt die Mittel der modernen Medizin in Frage und zeigt ihre Grenzen. Der unheilbare Patient wird zum unerwünschten Fall, den man am besten meidet. Interessant ist nun, wie der Patient selber diese Situation beurteilt. Ist vollständige Aufklärung richtig oder falsch? Macht er die Aufklärung abhängig von der psychischen und physischen Verfassung?

"Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen, ist ..."	rel. Häuf.
richtig	41.3
nicht richtig	27.3
mal so mal so	20.7
schwer	8.0
Verschiedenes	2.0
Versager	0.7
Summe	100.0

Tab. 3.13: Bewertung der Aufklärung: Fast die Hälfte der Patienten finden eine uneingeschränkte Aufklärung für richtig.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten sind der Meinung, daß es uneingeschränkt richtig ist, den todkranken Patienten aufzuklären (41,3 % vgl. Tab. 3.13). Formulierungen wie: "in Ordnung, korrekt" oder "richtig" sind eindeutige und kurze Antworten. Sie enthalten keine näheren Ausführungen. Sie entstehen spontan und ohne größere Überlegung. Der hoffnungslose Patient soll auf jeden Fall aufgeklärt werden. Seine psychische und physische Konstitution spielt dabei keine Rolle. Die noch weit verbreitete Ansicht, den Patienten über seine Prognose im Dunkeln zu lassen, wird entschieden abgelehnt. Den Patienten über seine Situation aufzuklären, ist diskussionslos richtig.

Eine ebenso klare Entscheidung zeigt die zweitstärkste Patientengruppe (27,3 %). Sie lehnt aber von vornherein jegliche Aufklärung ab. Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen, ist "verantwortungslos, nicht richtig" und "brutal". Fast jeder dritte Patient mißbilligt die Aufklärung eines hoffnungslosen Patienten. Wir erfahren aber nicht, warum die Aufklärung entschieden abgelehnt wird. Nur ein einziger Patient gibt als Grund dafür an, daß dem todkranken Patienten durch die Aufklärung jegliche Hoffnung genommen wird. Er wird entmutigt und kann keine Abwehrkräfte

mehr mobilisieren. Seine psychische Verfassung wird dadurch noch schlechter. Alle anderen Patienten lehnen ohne Angabe von Gründen die Aufklärung strikt ab. Die Entscheidung ist kurz und knapp formuliert, sie ist ein sicherer Entschluß.

Anders so die drittstärkste Patientengruppe (20.7 %), die die Aufklärung abhängig von der körperlichen und geistigen Verfassung des Patienten macht. Die Entscheidung über die Aufklärung ist "von Fall zu Fall verschieden". Sie ist "Ermessenssache" und hängt davon ab, "wie lange der Patient noch zu leben hat". Sie ist eine "zwiespältige Sache" und hängt von der "jeweiligen Situation"ab. Der Patient möchte, wenn er es nötig hat, mehr der Illusion verhaftet sein, und wenn er es verkraften kann, mehr von der Wahrheit erfahren. Er braucht Momente der Hoffnung und kann die nackte Realität nicht ohne weiteres vertragen. Zuversicht und Hoffnung machen Mut und stärken sein psychisches Gleichgewicht. Die Wahrheit über seine Lage darf nur schrittweise vermittelt werden. Aufklärung um jeden Preis würde ihn deprimieren und entkräften. Die Aufklärung ist abhängig von der Phase der Krankheit und von seiner momentanen Verfassung. Aufklärung ist nichts Absolutes, sie muß vom Einzelfall abhängig gemacht werden.

Die vierte Gruppe von Patienten schließlich (8 %) trifft keine genaue Entscheidung bezüglich der Aufklärung todkranker Patienten. Sie betrachtet dafür den Prozeß der Aufklärung näher und stellt fest, daß es "schwer" ist, dem todkranken Patienten die Wahrheit über seine Situation zu sagen. Diese Patientengruppe identifiziert sich mit der Rolle des Arztes. Für den Arzt kostet es Mühe und Anstrengung, diese unangenehme Angelegenheit zu erledigen. Er ist der Überbringer der schlechten Nachricht und muß sich mit dem Patienten auseinandersetzen. Er erfährt auf diese Weise unmittelbar dessen Emotionen. Er nimmt direkt an der Situation des Patienten teil. Der Kontakt mit dem Todkranken ist belastend für ihn. Der Arzt möchte sich dieser Situation schnell entziehen. Sie verlangt von ihm zusätzlich Kraft und Energie.

- Zusammenfassung

Die Antizipation des Todes führt zu negativen Gefühlen seitens des Patienten. Es dominieren Gefühle der Angst und der Trauer. Nur ein knappes Viertel der Patienten glaubt an ein Weiterleben nach dem Tod, obwohl fast 75 % der Patienten zu einer christlichen Glaubensgemeinschaft gehören.

Fast die Hälfte der Patienten möchte uneingeschränkt aufgeklärt werden, nur gut jeder vierte Patient lehnt dies strikt ab.

3.2 Todestypologie

Eine Typisierung ist immer eine Vereinfachung der Wirklichkeit. Sie schafft Ordnung in die Vielfalt der Objekte. Sie ist eine gedankliche Abstraktion. Die Mannigfaltigkeit der Wirklichkeit wird auf wenige Merkmale reduziert. Die Objekte werden überschaubar. Allerdings kommen die Typen in ihrer reinen Gestalt in der Realität nicht häufig vor. Der Einzelfall ist in seiner Struktur immer komplexer als die theoretische Konstruktion. Der Mischtyp beherrscht die Realität. Der Mischtyp läßt aber die Realität nicht klarer erscheinen. Er verwischt jegliche Unterschiede und macht die Realität wenig durchsichtig. Der Mischtyp formt die Realität zu einer einheitlichen undurchsichtigen Masse. Interindividuelle Unterschiede verschwinden leicht oder können nicht erkannt werden.

Nur die Schaffung von extremen Typen läßt die Differenzen deutlicher werden. Der Mischtyp schwindet zugunsten einer schärferen Formulierung. Bestimmte Merkmale werden herausgehoben und stärker betont. Die Verstärkung führt zu einer Zunahme der Konturen. Verschiedene Formen lassen sich erkennen,und die Masse wird in zunehmendem Maße unterscheidbar. Es kristallisieren sich verschiedene Typen heraus, die in ihrer extremen Konstruktion zu einem Ordnungs- und Charakterisierungssystem werden. Die Orientierung durch die Komplexität der Realität wird möglich.

Diese Orientierung ist aber durch eine Reduktion der Realität erkauft worden. Die Zusammenraffung basiert auf dem Weglassen verschiedener Merkmale. Einzelne wenige Merkmale werden zum gültigen Ordnungsprinzip hochstilisiert, andere werden verworfen. Die Typologie kann den Einzelfall nicht erklären. Sie ist zu grob und zu einfach, als daß sie die verschiedenen Ausprägungen der Merkmale erläutern könnte. Die Mannigfaltigkeit tritt zurück zugunsten einiger weniger Merkmale.

Aus diesen wenigen Merkmalen läßt sich aber eine Typologie konstruieren. Verschiedene Merkmalskombinationen ver-

dichten sich zu einem Typ. Diese empirische Konstruktion kommt in der Realität tatsächlich vor. Ihre Häufigkeit ist jedoch gering. Der "reine" Typ repräsentiert den Idealfall einer Merkmalskombination. Der "reine" Typ dient dem Betrachter als Leitlinie, die Ordnung in das Wirrwarr der Todesvorstellungen bringt. Bestimmte Merkmalsdimensionen bestimmen einen Typ, und dieser steht repräsentativ für andere Elemente der Grundgesamtheit. Die Typologie ist einerseits empirisch auffindbar und andererseits steht sie stellvertretend für die Vielfalt der Merkmalskombinationen.

3.2.1 Konstruktion der Typen

Der zentrale Satz für die Konstruktion der Todestypologie ist der vierte Satz: "Der Tod ist ...". Er ist von allen Satzanfängen am allgemeinsten formuliert. Während sich die anderen Satzanfänge auf den Vorgang des Sterbens, auf die Bedeutung des Lebensverlustes, auf die emotionale Qualität des Todes, auf ein Weiterleben nach dem Tod und auf die Problematik der Patientenaufklärung beziehen, ist der vierte Satz abstrakter gefaßt. Er engt von vornherein die Satzergänzung nicht so stark ein. Die Thematik ist nicht so festgelegt. Ganz unterschiedliche Satzergänzungen sind möglich. Er regt von allen Satzanfängen zu einer Assoziation an, die am wenigsten in eine bestimmte Richtung gelenkt wird. Der kürzeste Satzanfang läßt die größte Variabilität in den Satzergänzungen zu. Die Komplexität und die Variabilität der Todesvorstellung wird a priori nicht begrenzt. Der Assoziation wird freien Lauf gelassen. Sowohl Gedanken als auch Gefühle sind mögliche Assoziationen. Der Prozeß des Sterbens kann genausogut zu Bewußtsein kommen wie die Bedeutung des Todes schlechthin. Das bestimmende Moment im Todeskonzept des Patienten wird sich am ehesten in dieser allgemeinen Formulierung niederschlagen können.

Der angefangene Satz: "Der Tod ist ..." ist zwar von allen Satzanfängen am einfachsten formuliert und doch am

schwierigsten zu beantworten. Er induziert eine definitionsähnliche Fortführung des Satzes. Philosophische und religiöse Anschauungen kommen in ihm zum Ausdruck. Das zentrale Bild, das der Patient sich vom Tod macht, wird auf diese Art abgebildet. Es ist ein Konzept, das er sich im Laufe seines Lebens angeeignet hat. In dieses Konzept gehen individuelle Erfahrungen genauso ein wie gesellschaftliche Normen. Die einzelnen Teile fügen sich zu einem Ganzen zusammen. In der Bestimmung des Todes kommt nun das Ganze zum Ausdruck. Der Begriff wird abgegrenzt und sein Inhalt erläutert. Er wird näher bestimmt und seine Bedeutung dargestellt. Der Tod wird als ein ganz bestimmtes Phänomen gekennzeichnet, das spezielle Eigenschaften und charakteristische Merkmale hat. Nicht nur Deskriptionen, sondern auch Abstraktionen gehen in die Bestimmung des Todes mit ein. Der Begriff wird klassifiziert, und es wird versucht, sein Wesen darzustellen. Die Bestimmung des Todes führt zu einer Veräußerung der allgemeinen Vorstellung vom Tod. Diese allgemeine Vorstellung ist eine Komprimierung der individuellen Erfahrungen und verinnerlichten Werte. Sie ist Resultat der Auseinandersetzung mit dem Tod und spiegelt ihren Stand wider.

Wegen der zentralen Bedeutung der vierten Satzergänzung wurde diese in Abhängigkeit zu allen anderen Satzergänzungen gesetzt, um aus den signifikanten Kontingenzen eine Todestypologie zu entwerfen. Dazu wurde der Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur berechnet (siehe Tab. 3.14). Die Tabelle zeigt, daß zwischen der zentralen Satzergänzung: "Der Tod ist ...", der ersten Satzergänzung: "Für die meisten Menschen bedeutet der Tod ...", der zehnten Satzergänzung: "Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen, ist ..." und der letzten Satzergänzung: "Der schönste Tod ist ..." signifikante Kontingenzen bestehen. Die erste signifikante Kontingenz besteht auf dem 1-Prozent-Niveau, während die beiden anderen signifikanten Kontingenzen das 5-Prozent-Niveau erreichen. Todesbestimmung, Todesbedeutung für andere, Aufklärung von Todkranken und der Wunschtod

Satzergänzungen	4. "Der Tod ist ..." chi^2	df	p
1. "Für die meisten Menschen bedeutet der Tod ..."	32.26	16	0.01
2. "Das Schlimmste beim Sterben ist ..."	19.80	24	0.71
3. "Nach dem Tod ..."	16.46	20	0.69
5. "Wenn ich einmal sterbe, möchte ich ..."	32.01	32	0.47
6. "Ich glaube, beim Sterben fühlen die meisten Menschen ..."	13.97	20	0.83
7. "Für viele Kranke bedeutet der Tod ..."	15.82	16	0.47
8. "Wenn ich an den Tod denke, fühle ich ..."	28.45	24	0.24
9. "Man fühlt sich beim Sterben leichter,wenn ..."	31.52	32	0.49
10. "Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen, ist ..."	26.00	16	0.05
11. "Der schönste Tod ist ..."	15.52	8	0.05

Tab. 3.14: Berechnung des Chi-Quadrat-Tests mit Yates-Korrektur für alle elf Satzergänzungen. Der zentrale Satz ist "Der Tod ist ...". Signifikante Kontingenzen bestehen für Satz 1, Satz 10 und Satz 11. Das kritische Signifikanzniveau beträgt 5 %.

kommen in der Vorstellung des Patienten häufig signifikant miteinander vor.

Wenn zu den Kontingenzen die entsprechenden Kontingenztafeln dargestellt werden, erhält man Tab. 3.15. In jeder Zeile stehen links die Säulenprozente und rechts die Zeilenprozente. Kontingenztabellen können säulenwärts oder zeilenwärts interpretiert werden, da für jede Zelle eine Häufung errechnet worden ist. Die Zusammenfassung der einzelnen Häufungen ergibt Chi-Quadrat.

Da für unsere Fragestellung interessant ist, wie sich die verschiedenen Todesbestimmungen auf die unterschiedlichen Todesvorstellungen (Todesbedeutung für andere, Aufklärung von Todkranken, Wunschtod) verteilen, bevorzugen

Säulenprozente/Zeilenprozente	"Der Tod ist ..."							
"Für die meisten menschen bedeutet der Tod ..."								
Ende des Lebens	[55.6]	45.5	[34.4]	20.0	27.8	18.2	28.6	14.5
fremde Macht	0.0	0.0	9.4	60.0	[2.8]	20.0	3.6	20.0
Erlösung	26.7	30.0	12.5	10.0	[36.1]	32.5	[25.0]	17.5
schreckliches Ereignis	17.8	18.6	31.3	23.3	30.6	25.6	[42.9]	27.9
"Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen ist ..."								
nicht richtig	[26.1]	29.3	[31.3]	24.4	[11.4]	9.8	[46.4]	31.7
richtig	[37.0]	27.4	[34.4]	17.7	[68.6]	38.7	25.0	11.3
mal so, mal so	21.7	33.3	28.1	30.0	5.7	6.7	25.0	23.3
schwer	13.0	50.0	3.1	8.3	14.4	33.3	3.6	8.3
"Der schönste Tod ist ..."								
Ruhe/Schlaf	[26.7]	20.7	[54.8]	29.3	[33.3]	20.7	[57.7]	25.9
schneller Tod	[57.8]	36.6	45.2	19.7	[55.6]	28.2	30.8	11.3

Tab. 3.15: Zusammenfassung von drei Kontingenztabellen. In jeder Zelle stehen links die Säulen- und recht die Zeilenprozente. Prozentzahlen, die zur Typeninterpretation verwendet werden, sind umrahmt.

wir die Säuleninterpretation, d.h. von oben nach unten und nicht von links nach rechts wie bei der Zeileninterpretation. Letztere würde uns die Verteilung der verschiedenen Todesvorstellungen auf die unterschiedlichen Todesbestimmungen ergeben. Da sich die einzelnen Todesbestimmungen unterschiedlich häufig auf bestimmte Todesvorstellungen verteilen und zwischen ihnen Zusammenhänge bestehen, läßt sich hieraus eine Todestypologie konstruieren. Die einzelnen Todesbestimmungen können anhand der ihr häufig zukommenden Todesvorstellungen näher charakterisiert werden. Die einzelnen Todesbestimmungen kommen empirisch häufig mit gewissen Todesvorstellungen zusammen vor. Dieser Zusammenhang ist statistisch gesichert. Folgende Todestypen konnten konstruiert werden (s.a. Tab. 3.16).

	Satzergänzung			
Todes-typ	4	1	10	11
T_1	Ende	Ende	richtig	schnell.Tod
T_2	fremde Macht	Ende	richtig	Ruhe/Schlaf
T_3	Erlösung	Erlösung	richtig	schnell.Tod
T_4	schrecklich	schrecklich	nicht richtig	Ruhe/Schlaf

Tab. 3.16: Übersicht über die Todestypen

T_1: Der Tod ist das Lebensende

Der Tod als die zeitliche Begrenzung des Lebens ist die häufigste Bestimmung des Todes. In ihr steckt eine nüchterne, quasi naturwissenschaftliche Anschauung vom Tod. Der Tod ist der natürliche Abschluß des Lebens. Er wird weder positiv noch negativ gewertet. Die Gefühlslage ist neutral. Der Tod ist nichts besonderes, er ist nur einfach das Ende des Lebens. Die gleiche Bedeutung, die dem Tod im allgemeinen beigemessen wird, kommt ihm auch in seiner Bedeutung für andere Menschen zu. Eigenbeobachtung und Fremdbeobachtung

decken sich hier. Patienten, die zu diesem Typ gehören, sind der Meinung, daß es auf jeden Fall richtig ist, den Patienten aufzuklären. Sie lehnen eine Verschleierungstaktik genauso ab, wie eine Aufklärung, die stark an der momentanen Befindlichkeit des Patienten orientiert ist. Sie wünschen sich einen Tod, der schnell und schmerzlos eintritt. Dieser Tod kommt plötzlich und unerwartet. Er reißt den Menschen oft unverhofft aus dem Leben.

T_2: Der Tod ist eine fremde Macht.

In der Assoziation des Todes als einer fremden Macht wird der Tod als eine nicht zu beeinflussende Gewalt erlebt. Der Patient spürt seine Hilflosigkeit und Ausgeliefertheit. Der Tod ist unberechenbar. Der Patient ist ihm ausgeliefert, und er kann sich nicht dagegen wehren. Die Machtmittel des Patienten sind begrenzt, er kann nur den Ausgang seines Schicksals abwarten. Der Tod ist letztendlich unabwendbar und nicht zu besiegen. Wird der Tod nicht im allgemeinen betrachtet, sondern auf die anderen Menschen bezogen, so wird der Tod eher neutraler vergegenwärtigt. Für die meisten Menschen hat der Tod nur die Bedeutung einer zeitlichen Begrenzung. Das Gefühl der Hilflosigkeit wird hier nicht gespürt. Solange der Patient nicht selber vom Tod bedroht ist, kann ihn diese Macht nicht beeindrucken. Auch befürwortet dieser Typ von Patient eine uneingeschränkte Aufklärung. Er möchte vorbehaltlos die Wahrheit über seine Situation erfahren, auch wenn ihn diese Nachricht aus dem psychischen Gleichgewicht bringen kann. Er möchte im Schlaf vom Tod überrascht werden. Er will nichts fühlen und nichts merken. Der Tod soll ihn sanft treffen.

T_3: Der Tod ist eine Erlösung.

Der Tod als Erlösung ist die zweithäufigste Assoziation. Der Tod befreit den Patienten von seinen Schmerzen und Qualen. Er beendet das Siechtum und die ausweglose Situation. Er ist aber nur für schwerkranke und hoffnungslose Patienten eine Erlösung. Für andere ist er ein Unglück. Erst durch den Druck der zunehmenden Schmerzen und der schwindenden Hoffnung wird für den Patienten der Tod zur Erlösung. Er wird erst in der letzten Phase der Erkrankung als Erleichterung erlebt. Dies gilt genauso gut für ihn selber wie für die anderen Menschen. Tod bedeutet nicht immer Erlösung, sondern muß in Beziehung zur Situation des kranken Menschen gesetzt werden. Auch für diesen Typ von Patient gilt, daß es richtig ist, den todkranken Patienten aufzuklären. Unberechtigte Hoffnung würde seine Situation nur komplizierter machen. Er könnte sich nicht auf den Tod vorbereiten. Er könnte sich ihm nicht hingeben. Er wünscht sich vor allem einen schnellen und plötzlichen Tod. Er soll ihn unverhofft überraschen.

T_4: Der Tod ist schrecklich.

Der vierte Typ von Patient erlebt den Tod hauptsächlich als schreckliches Ereignis. Die gedankliche Konfrontation mit dem Tod führt sofort zu Gefühlen des Grauens und des Entsetzens. Auch bei anderen Menschen erzeugt der Tod Angst und Schrecken. Die gefühlsmäßige Äußerung ist drastisch und einheitlich. Der Tod ist furchtbar und schlimm. Diese negative Wertung blokkiert jegliche Auseinandersetzung mit dem Tod. Zu heftig und zu deutlich treten die Gefühle hervor. Kein Wunder ist daher, daß diese Patienten auf keinen Fall aufgeklärt werden wollen. Sie möchten lieber über die Prognose ihrer Krankheit im Unklaren gelassen werden, als daß sie durch diese Nachricht ihr psychisches

Gleichgewicht gänzlich verlieren. Sie können der Wahrheit nicht ins Auge schauen. Zu stark sind ihre emotionalen Reaktionen. Sie möchten am liebsten nichts merken und nichts spüren. Der Tod soll daher am besten während des Schlafens eintreten.

3.2.2 Empirische Repräsentativität der Typen

Eine Typologie ist, wie oben bereits erwähnt, immer eine Idealisierung der Wirklichkeit. Sie abstrahiert von der Vielfalt der Erscheinungen, um einige wichtige Merkmale hervorzuheben. Sie ist eine Vereinfachung der Realität, die eine Orientierung in dem Wirrwarr der verschiedenen Formen gestattet. In ihrer reinen Gestalt kommt die Typologie in der Realität nur mit geringer Häufigkeit vor. Die Mischformen beherrschen das Bild. Sie führen zu einer Verschleierung der wesentlichen Todesvorstellungen. Sie behindern den Betrachter im Erkennen der wesentlichen Zusammenhänge.

Allerdings kommen die Mischformen empirisch am häufigsten vor. Der aufmerksame Betrachter wird ständig mit ihnen konfrontiert. In der alltäglichen Praxis spielen sie die größte Rolle. Der reine Typ ist ein Grenzfall. Er verkörpert par excellence einen bestimmten Todestyp. Die Mischform stellt nur eine mehr oder weniger genaue Annäherung an diesen Typ dar. Der komplette Typ kommt selten vor. Die Annäherung ist allerdings empirisch am häufigsten auffindbar.

Da wir mit unserer Untersuchung aber eine Aussage über einen möglichst breiten Teil der Realität machen wollen, ist es sinnvoll, die im vorigen Kapitel konstruierte reine Typologie zu lockern. Je weiter die Zuordnungsregeln gefaßt werden, um so mehr nimmt die empirische Repräsentativität zu und die Prägnanz ab. D.h. die empirische Auffindbarkeit wird auf Kosten der Schärfe und der Genauigkeit der Todestypologie erkauft. Die Approximation führt zu einem

ungenaueren und verkürzten Todestyp. Während der reine Typ überprägnant ist, nimmt im Laufe der Lockerung der Zuordnungsregeln auf verschiedenen Stufen die Schärfe der Formulierung und der Informationsgehalt der Typologie ab. Die Approximation führt zu einem immer undeutlicheren Todestyp, aber zu einem reziproken Anstieg der Repräsentativität. Der Todestyp wird zwar in zunehmenden Maße verwaschener, aber durch die Approximation nimmt die Abbildung der empirisch vorfindlichen Variablität zu. Die verschiedenen Prägnanzniveaus stellen die Realität in absteigender Schärfe und zunehmender Vielfalt dar.

Die Zuordnungsregeln werden in der Weise gelockert, daß nicht mehr für einen Typ obligatorisch alle Merkmale erfüllt sein müssen, um eine Person einem bestimmten Typ zuzurechnen, sondern sie werden nur wahlweise alternativ gefordert. Im Laufe der schrittweisen Approximation erhöht sich der Anteil der Merkmale, der nur wahlweise alternativ erfüllt sein muß.

Der reine Todestyp läßt sich durch folgenden logischen Ausdruck beschreiben.

T_1: Satz 4 (Ende) ∩ Satz 1 (Ende) ∩ Satz 10 (richtig) ∩ Satz 11 (schneller Tod)

T_2: Satz 4 (fremde Macht) ∩ Satz 1 (Ende) ∩ Satz 10 (richtig) ∩ Satz 11 (Ruhe/Schlaf)

T_3: Satz 4 (Erlösung) ∩ Satz 1 (Erlösung) ∩ Satz 10 (richtig) ∩ Satz 11 (schneller Tod)

T_4: Satz 4 (schrecklich) ∩ Satz 1 (schrecklich) ∩ Satz 10 (nicht richtig) ∩ Satz 11 (Ruhe/Schlaf)

oder allgemein:

T_i: Satz 4 (A_i) ∩ Satz 1 (B_i) ∩ Satz 10 (C_i) ∩ Satz 11 (D_i)

∩ = logische Konjunktion "und"
∪ = logische Konjunktion "oder"

A_i, B_i, C_i, D_i = verschiedene Merkmalsausprägungen der Antwortsätze

Bei der reinen Todestypologie sind alle Sätze durch "und" miteinander verbunden. Eine Person gehört nur dann einem Todestypen an, wenn alle Merkmalsausprägungen seiner Satzergänzungen mit denen des reinen Typs übereinstimmen. Andernfalls gehört sie zu einem Mischtyp.

Da Satz 4 als die eigene Todesbedeutung und Satz 1 als die Todesbedeutung für andere innerlich zusammenhängen, ist es sinnvoll, im ersten Approximationsschritt Satz 4 und Satz 1 als obligatorisch beizubehalten und Satz 10 und Satz 11 als wahlweise alternativ zu setzen. Der formale Ausdruck lautet:

1. App.: Satz 4 (A_i) $\cap$ Satz 1 (B_i) $\cap$ (Satz 10 (C_i) $\cup$ Satz 11 (D_i))

In der ersten Approximation gehört eine Person einem Todestyp an, wenn Satz 4 und Satz 1 erfüllt ist und wenn entweder Satz 10 oder Satz 11 das gleiche Merkmal aufweist wie der reine Todestyp.

Die nächste Approximation lockert die Zuordnungsregeln noch weiter. Eine Person gehört einem Typ an, wenn Satzergänzung 4 und mindestens eine weitere Satzergänzung mit dem reinen Typ übereinstimmt.

2. App.: Satz 4 (A_i) $\cap$ (Satz 1 (B_i) $\cup$ Satz 10 (C_i) $\cup$ Satz 11 (D_i))

Die dritte Approximation ist schließlich die lockerste Fassung der Todestypologie. Sie stützt sich nur noch auf Satz 4. Das Merkmal einer Satzergänzung gestattet die Zuordnung zu einem bestimmten Todestyp.

3. App.: Satz 4 (A_i)

Tab. 3.17 bietet einen Überblick über die Repräsentativität der verschiedenen Fassungen der Todestypologie. Wird die Todestypologie in ihrer reinen Gestalt belassen, so können 12,7 % der Protokolle, das sind 19 an der Zahl, eindeutig einem Typ zugeordnet werden. 87,3 % der Protokolle

sind dagegen nicht klassifizierbar. Diese geringe Zuordnungsmöglichkeit bestätigt die Überprägnanz reiner Typologien. Durch den ersten Approximationsschritt wird die Klassifizierbarkeit der Protokolle auf 38.1 % erhöht. D.h., mehr als jedes dritte Protokoll ist einem Todestyp eindeutig zuzuordnen. Die Repräsentativität der Typen kann durch den zweiten Approximationsschritt gut verdoppelt werden. Rund 80 % der Protokolle sind jetzt nach Todestypen einteilbar. Die größere Repräsentativität ist allerdings durch eine weitere Lockerung der Typologie erkauft worden. Der Informationsgehalt der Typologie hat sich weiter vermindert. Schließlich bringt der letzte Approximationsschritt zwar eine Repräsentativität von 94,7 %, aber diese Typologie stützt sich nur noch auf einen Satz.

Einen Kompromiß zwischen möglichst hohen Informationsgehalt auf der einen Seite und hoher Repräsentativität auf der anderen Seite muß geschlossen werden. Die optimale Lösung sehen wir im ersten Approximationsschritt, wenn fast 40 % der Protokolle klassifizierbar werden. Ein Patient wird immer dann einem Typus zugeordnet werden, wenn die eigene Todesbedeutung und die Todesbedeutung für andere und wahlweise alternativ die Vorstellung über die Aufklärung von Patienten oder die Vorstellung über den schönsten Tod mit den Merkmalsausprägungen der reinen Typen übereinstimmen. Der Informationsverlust, der durch die erste Approximation entsteht, wird durch die höhere empirische Klassifizierbarkeit kompensiert. Die Typologie wird handhabbar und gestattet eine schnelle Orientierung in der Praxis.

Todes-typ	reiner Typ		1. Approximation		2. Approximation		3. Approximation	
	abs.Häuf.	rel.Häuf.	abs.Häuf.	rel.Häuf.	abs.Häuf.	rel.Häuf.	abs.Häuf.	rel.Häuf.
T_1	7	4.7	19	12.7	39	26.0	46	30.7
T_2	3	2.0	10	6.7	23	15.3	32	21.3
T_3	5	3.3	12	10.7	34	22.7	36	24.0
T_4	4	2.7	10	8.0	22	14.7	28	18.7
Summe	19	12.7	51	38.1	118	78.7	142	94.7

Tab. 3.17: Die empirische Repräsentativität der Todestypen in Abhängigkeit von der Approximationsstufe: Die erste Approximation führt zu einer empirischen Repräsentativität von fast 40 %. In der ersten Approximation sind Satz 1 und Satz 4 als obligatorisch und Satz 10 und Satz 11 als wahlweise alternativ gesetzt.
Jede Approximation führt zu einer Erhöhung der empirischen Repräsentativität allerdings auf Kosten des Informationsgehaltes der Todestypologie.

- Zusammenfassung

Mit Hilfe der Kontingenzanalyse konnten signifikante Häufungen zwischen den elf Satzergänzungen berechnet werden. Zwischen dem zentralen Satz "Der Tod ist ..." und den Satzergänzungen: "Für die meisten Menschen bedeutet der Tod ...", "Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen, ist ...", "Der schönste Tod ist ..." bestehen signifikante Kontingenzen ($p = 0.05$). Hieraus wurde folgende Todestypologie konstruiert:

Todestyp 1 repräsentiert die nüchterne Einstellung zum Tod. Der Tod ist für ihn wie für die meisten Menschen nur die zeitliche Grenze des Lebens. Dieser Patient möchte uneingeschränkt aufgeklärt werden. Er möchte am liebsten schnell und plötzlich sterben.

Todestyp 2 spürt gegenüber dem Tod seine Hilflosigkeit und Ausgeliefertheit. Der Tod ist eine nicht zu beeinflussende Gewalt. Trotzdem ist dieser Patient der Meinung, daß die meisten Menschen dem Tod gegenüber kühl und distanziert eingestellt sind. Er möchte ebenfalls vollständig aufgeklärt werden. Der Tod soll ihn beim Schlafen treffen.

Todestyp 3 sieht in dem Tod vor allem eine Erlösung. Dies trifft nicht nur für ihn, sondern auch für die anderen Menschen zu. Auch dieser Patient möchte uneingeschränkt aufgeklärt werden. Er möchte aber einen schnellen und schmerzlosen Tod sterben.

Todestyp 4 repräsentiert den Angsttyp. Auch für die meisten anderen Menschen bedeutet der Tod Angst. Bei dieser starken emotionalen Besetzung des Todes ist es nicht verwunderlich, daß dieser Patient auf keinen Fall aufgeklärt werden möchte. Am liebsten möchte er im Schlaf vom Tod überrascht werden.

Wird die Todestypologie gelockert, so kann ihre empirische Repräsentativität erhöht werden. Wird Satz 4 und Satz 1 als obligatorisch gesetzt und dazu nur wahlweise alternativ

Satz 10 und Satz 11 gefordert, erhalten wir eine Repräsentativität der Todestypologie in unserer Untersuchung von 38 % im Gegensatz zu 13 % in der "reinen" Form.

3.3 Das semantische Differential

3.3.1 Prinzip des Semantischen Differentials

Das Semantische Differential oder Polaritätenprofil, wie es Hofstätter nennt, ist eine Technik zur Messung von Wortbedeutungen. Sie ist von C.E. Osgood (OSGOOD 1969) entwickelt worden. Sie besteht aus einer bipolaren Adjektivskala. In jeder Zeile stehen zwei gegensätzliche Eigenschaftswörter. Zwischen den Polen befindet sich ein Zahlenstrahl. Aufgabe der Vp ist es, den vorgelegten Begriff semantisch aufzuschlüsseln, d.h. ihn in jeder Reihe der Polaritäten einzustufen. Verbindet man alle Einschätzungen miteinander, so erhält man ein Profil, das für jeden Begriff eine charakteristische Gestalt besitzt.

Jedes Wort innerhalb eines Sprachschatzes besitzt eine denotative und eine konnotative Bedeutung. Denotation bezieht sich auf die Bedeutung des Wortes, die ihm durch die interindividuelle Anwendung des Wortes innerhalb der Sprachgemeinschaft zukommt. Jedes Sprachsymbol hat eine allgemein gültige und verbindliche Bedeutung. Diese Bedeutung steht fest, sie existiert außerhalb des Individuums. Will eine Person dieses Wort benutzen und in Kommunikation mit anderen treten, so muß sie sich diese Bedeutung aneignen. Diese denotative Bedeutung ist wesentlich für die gegenseitige eindeutige Verständigung innerhalb der Sprachgemeinschaft. Sie bewirkt eine überindividuell verbindliche Anwendung der einzelnen Sprachsymbole.

Dagegen bezieht sich die Konnotation eines Begriffs auf die individuell subjektive Bedeutung. Sie beinhaltet die emotionale Bedeutung, die nicht durch den Begriff gegeben ist. Sie existiert auch ohne den sprachlichen Ausdruck. Sie ist nicht wesentlich für den Sprachgebrauch in der Gemeinschaft. Sie ist aber bestimmend für die momentane Einschätzung der Vp. Sie spiegelt die Gesamtheit der individuellen Erfahrungen wider. Sie ist Resultat der individuellen Auseinandersetzung mit dem Gegenstand. Die Konnotation

bringt die persönliche Bedeutung des Begriffs zum Ausdruck. Mit Hilfe der Technik des Semantischen Differentials wird vor allem der konnotative Bedeutungsaspekt eines Begriffes erfaßt.

Im Gegensatz zum Satzergänzungsverfahren sind beim Semantischen Differential die Anwort- oder Assoziationsmöglichkeiten vorgegeben. Die Vp wird nicht aufgefordert, eine verbale Assoziation zu produzieren, sondern sie muß einen Begriff auf einer Reihe von Polaritäten einstufen. Die gegensätzlichen Adjektive stehen meist in keinem unmittelbar sachlichen Zusammenhang, wohl aber in einem möglichen assoziativen Bezug zum vorgegebenen Begriff. Von der Vp wird verlangt, den Begriff in Zusammenhang mit den gegensätzlichen Paaren zu bringen und eine Einschätzung abzugeben. Die Richtung der Assoziation ist also beim Semantischen Differential festgelegt, während der Ausprägungsgrad noch bestimmt werden muß. Das Semantische Differential ist gewissermaßen eine kontrollierte Assoziation mit nachfolgender Skalierung (vgl. HÖRMANN 1972).

Osgood konnte durch Faktorenanalyse zeigen, daß verschiedene Polaritäten so hoch miteinander korrelieren, daß sie zu einem Faktor zusammengefaßt werden konnten. Auf diese Weise konnte er die verschiedenen Polaritäten seines Semantichen Differentials auf drei wesentliche Faktoren reduzieren. Sie lauteten: Evaluation (Bewertung), Potency (Kraft), und Äktivity (Aktivität). Sie sind die drei Faktoren des Semantischen Raums. Jeder von einer Vp eingeschätzte Begriff nimmt in diesem dreidimensionalen Raum einen bestimmten Ort ein. Begriffe mit unterschiedlichen Bedeutungen haben verschiedene räumliche Koordinaten. Begriffe mit ähnlichen Bedeutungen haben benachbarte oder gleiche Koordinaten. Je nach Faktorenanalyse und Art der verschiedenen Polaritäten, lassen sich verschiedene Dimensionen konstruieren.

Für die einfache Anwendung des Semantischen Differentials genügt der graphische Vergleich der Profile verschiedener Begriffe oder, wie in unserer Untersuchung, der graphische Vergleich gleicher Begriffe verschiedener Versuchs-

personengruppen. Unterschiedliche gruppenspezifische konnotative Bedeutungen eines Wortes werden sich in einer verschiedenen Struktur des Profils niederschlagen. Je weiter die Profile der verschiedenen Gruppen voneinander abweichen, um so mehr unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich der Bedeutung des vorgegebenen Begriffs. Je mehr die Profile übereinstimmen, um so mehr stimmt auch die konnotative Bedeutung des Begriffs in den verschiedenen Gruppen überein. Die Ähnlichkeit der Polaritätenprofile zwischen den Gruppen oder ihre Abweichung voneinander läßt sofort die Bedeutungsgleichheit oder die Bedeutungsverschiedenheit des vorgegebenen Begriffs erkennen. Die mehr oder weniger übereinstimmende Bedeutung des vorgegebenen Begriffs wird durch die Darstellung der Profile direkt sichtbar.

Diese Ähnlichkeit läßt sich natürlich auch durch eine mathematische Korrelation ausdrücken. Die graphische Darstellung hat dagegen den Vorteil der besseren Übersichtlichkeit. Unterscheiden sich die Polaritätenprofile nicht wesentlich voneinander, so müssen die Vermittlungsprozesse, die zu dieser Einschätzung geführt haben, gleich sein. Unterschiede in der subjektiven Bedeutung eines Begriffs stellen sich in verschiedenen Gestalten des Polaritätenprofils dar. Sie beruhen auf unterschiedlichen Bewertungsprozessen. Das Semantische Differential gestattet einen Vergleich zwischen Begriffen. Das Semantische Differential ist keine absolute Messung, sondern es werden Differenzen in der konnotativen Bewertung dargestellt.

3.3.2 Die Polaritäten

Die 18 gegensätzlichen Eigenschaftspaare wurden bis auf zwei Ausnahmen von Potthoff (POTTHOFF 1980) übernommen. Das letzte Eigenschaftspaar der Skala "besonders - allgemein" wurde neu hinzugefügt. Es verweist auf den Aspekt, daß der Tod des einzelnen Menschen "besonders" ist in dem Sinne, daß er nur einmalig eintritt. Der Tod ist ein irre-

versibler Zustand, ist er einmal eingetreten, ist er unveränderbar. Der Tod beendet für immer das individuelle Leben. Aus dem Blickpunkt übergeordneter biologischer Zusammenhänge dagegen erscheint der Tod als ein "allgemeiner" Vorgang. Der Tod beendet das Leben an sich nicht. Er ist notwendige Voraussetzung für die weitere Existenz der anderen Lebewesen. Er hat eine bestimmte Stellung innerhalb des biologischen Zyklus.

Das Polaritätenpaar "einmalig - normal" wurde wegen der von Potthoff zitierten nicht eindeutigen bipolaren Struktur aus der Skala herausgenommen und durch "einzigartig - alltäglich" ersetzt. Der Tod ist "alltäglich" in dem Sinne, daß er regelmäßig auftritt. Der Tod kommt zwar mit einer gewissen zeitlichen Häufung vor, die abhängig sein mag von Schwankungen der Witterung und des Infektionsrisikos, doch der Tod legt keine "Pause" ein. Die Menschen werden mit ihm ständig konfrontiert. Er kommt jeden Tag vor. Er gehört zum Leben dazu. Auf der anderen Seite ist er "einzigartig" in dem Sinne, daß er, obwohl er früher oder später alle Lebewesen trifft, ein Vorgang ist, der nicht uniform abläuft. Jeder Sterbevorgang ist durch die spezielle Krankheit und durch die besondere Verfassung des Sterbenden gekennzeichnet. Sterben ist ein Vorgang, der auf eine einzelne Person beschränkt bleibt. Er ist immer ein individueller Prozeß.

Die übrigen Polaritäten stammen über Potthoff aus einer Untersuchung von Gow und Williams über Einstellungen von Krankenschwestern zu Tod und Sterben (GOW, WILLIAMS 1977). Sie verwendeten eine Liste von 31 Polaritäten. Potthoff konnte die Skala auf 17 Polaritäten kürzen, ohne daß bedeutsame Faktoren verloren gingen. Abb. 3.2 zeigt die in unserer Untersuchung verwendete Polaritätenskala.

Abb. 3.2: Das Semantische Differential: Fast alle Polaritäten stammen über Potthoff aus einer amerikanischen Untersuchung von Gow und Williams (1977) über die Einstellungen von Krankenschwestern zu Tod und Sterben.

Polaritäten		Mittelwert	Standardabweichung
süß	- bitter	5.32	1.67
planmäßig	- zufällig	4.56	2.30
gerecht	- ungerecht	2.78	2.14
feindlich	- freundlich	3.47	1.77
unvorhersagbar	- vorhersagbar	2.59	1.97
friedlich	- bedrohlich	3.80	1.92
schön	- häßlich	4.86	1.89
vorläufig	- endgültig	5.91	1.97
sanft	- grausam	4.54	1.82
dunkel	- hell	3.13	2.07
kalt	- warm	2.04	2.12
angenehm	- schrecklich	4.81	2.02
bedeutungslos	- bedeutsam	5.15	2.12
zwangsweise	- freiwillig	2.46	1.66
negativ	- positiv	3.82	1.88
einzigartig	- alltäglich	5.23	2.27
leicht	- schwer	4.69	1.89
besonders	- allgemein	5.08	2.09

Tab. 3.18: Mittelwerte und Standardabweichungen des Semantischen Differentials (N = 140)

Will man die einzelnen Polaritätenpaare phänomenologisch ordnen, so lassen sich die Eigenschaften: "süß, feindlich, friedlich, schön, sanft, dunkel, kalt, angenehm, negativ, leicht" einem emotional-bewertenden Faktor zurechnen. Dieser wird hauptsächlich zur Differenzierung der Todestypen "Erlösung" und "schreckliches Ereignis" beitragen können. Die anderen Polaritäten: "planmäßig, gerecht, unvorhersagbar, vorläufig, bedeutungslos, zwangsweise, einzigartig, besonders" lassen sich eher zu einem gefühlsneutral-resignativen Faktor zuordnen. Dieser wird am besten die Todestypen "Ende" und "fremde Macht" weiter unterschieden können.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Polaritäten zeigt Tab. 3.18. Das Polaritätenprofil ist in

Abb. 3.3 dargestellt. Der Tod wird von den Patienten als bitter bewertet. Er tritt im großen und ganzen zufällig auf. Er ist mehr gerecht als ungerecht. Er tritt dem Menschen feindlich gegenüber. Seiner Zufälligkeit entspricht seine Unvorhersagbarkeit. Der Tod ist im allgemeinen friedlich. Er ist häßlich, grausam, schrecklich, kalt und dunkel.

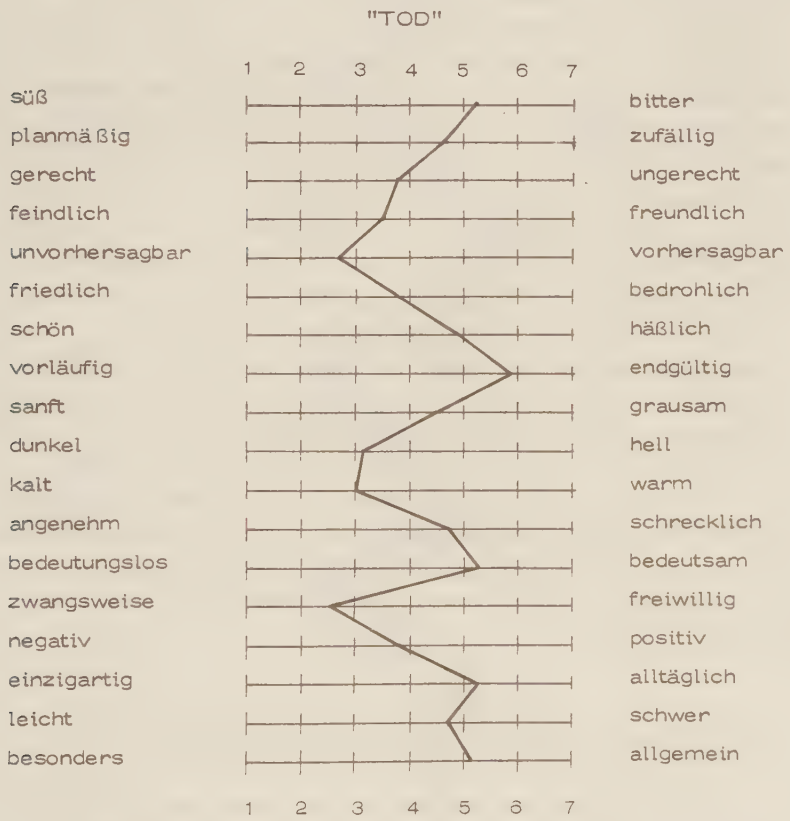

Abb. 3.3: Graphische Darstellung des Semantischen Differentials: Die konnotative Einschätzung des Todes ist durchgehend ablehnend-resignativ.

Er ist abstoßend. Der Vorgang ist endgültig, sein Zustand irreversibel. Er ist sowohl bedeutsam für den einzelnen Menschen als auch alltäglich und allgemein. Er tritt regelmäßig auf und sein Resultat ist Voraussetzung für die Existenz neuen Lebens. Er ist schwer hinzunehmen.

Insgesamt können wir feststellen, daß der Tod durchweg emotional negativ bewertet wird. Der Tod ist emotional abzulehnen. Er ist grausam und schrecklich. Er stellt eine Bedrohung für die Menschheit dar.

Ebenso wie auch die emotionale Bewertung des Todes einheitlich ist, wird auch die Endgültigkeit des Todes und die Machtlosigkeit des Menschen einheitlich erfahren. Der Tod ist zufällig und unvorhersagbar, er ist gerecht und endgültig. Der einzelne Mensch kann den Tod nicht beeinflussen. Er ist ihm hilflos ausgesetzt. Er ist bedeutsam für ihn, da er seine Existenz beendet. Der Tod ist ein alltägliches Ereignis. Keiner kann sich ihm widersetzen, aber er ist notwendig für die Schaffung neuen Lebens.

Zusammenfassend gesehen, schätzen die Patienten den Tod negativ ein. Sie lehnen ihn emotional ab und stehen ihm resignativ gegenüber. Die Unbeeinflußbarkeit und die Unwiderruflichkeit machen den Tod zu einem schrecklichen und bedrohlichen Ereignis. Der Patient fühlt sich ihm gegenüber hilflos. Er kann den Ausgang seiner Krankheit nicht beeinflussen. Er kann sich dem Tod nur hingeben. Seine emotionale Befindlichkeit bezüglich des Todes ist ablehnend-resignativ.

3.3.3 Vergleich der Profile zwischen den Todestypen

Abb. 3.4 zeigt in einem Bild die Polaritätenprofile der vier verschiedenen Todestypen. Der graphische Vergleich zeigt, daß sich die verschiedenen Profile nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Die einzelnen Polaritätenpaare tragen nicht dazu bei, die vier Todestypen weiter zu differenzieren. Von allen Patienten wird der Tod unabhängig von

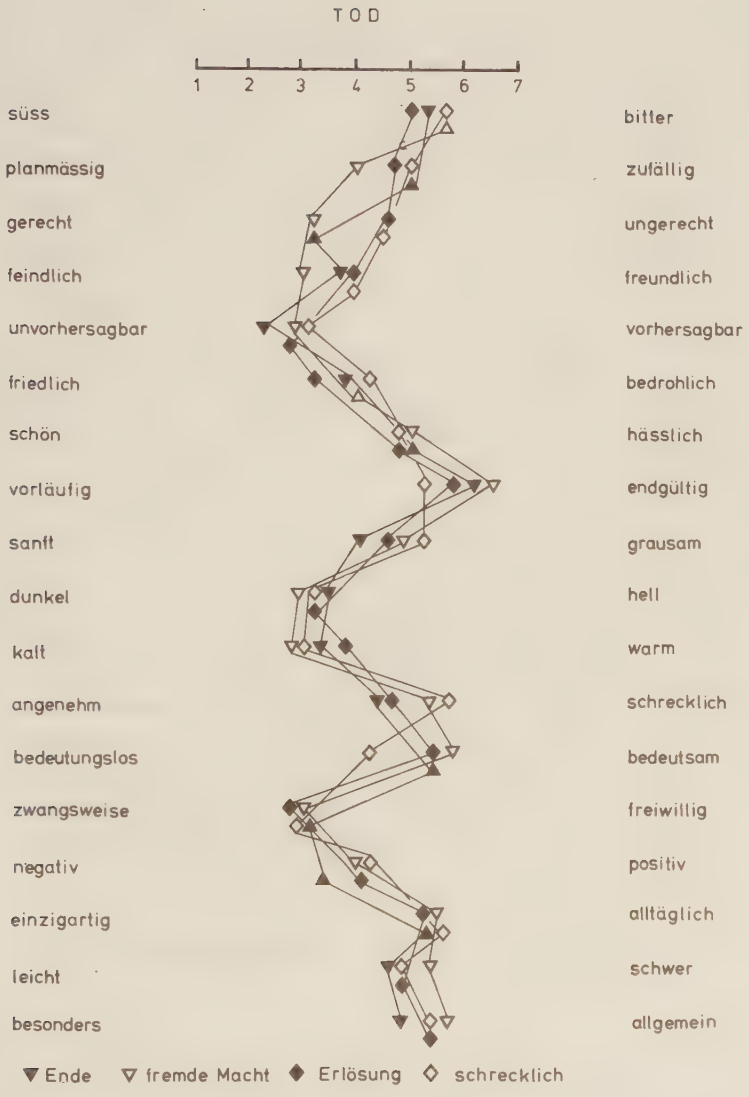

Abb. 3.4: Die Polaritätenprofile der verschiedenen Todestypen "Ende", "fremde Macht", "Erlösung" und "schreckliches Ereignis": Die einzelnen Typen unterscheiden sich nicht wesentlich in der konnotativen Einschätzung des Todes.

ihrer Typenzugehörigkeit gleich bewertet. Der Tod ist vor allem bitter. Er ist feindlich und unvorhersagbar. Der Vorgang ist endgültig, es gibt kein Zurück mehr. Der Tod ist häßlich, dunkel und kalt. Er ist abstoßend. Das Ereignis ist schrecklich. Man kann sich nicht gegen ihn wehren. Er ist ein nicht zu beeinflussender Zwang, dem alle Menschen ausgesetzt sind. Er ist nur schwer hinzunehmen, obwohl er täglich auftritt und notwendige Voraussetzung für den biologischen Zyklus ist. Der Tod ist emotional abzulehnen. Er ist nicht zu überwinden. Letztendlich sind alle Lebewesen ihm erlegen.

Für die Patienten gilt, daß die konnotative Bedeutung des Todes einheitlich ist. Die Einschätzung des Todes anhand des Semantischen Differentials läßt keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Todestypen erkennen. Der Tod wird von allen Patienten im großen und ganzen gleich bewertet. Die Haltung des Patienten dem Tod gegenüber ist ablehnend-resignativ. Obwohl auf der denotativen Ebene mit Hilfe der Satzergänzungen die Patienten in vier Todestypen eingeteilt werden konnten, unterscheiden sie sich nicht bezüglich der emotionalen Bewertung des Todes. Diese Einschätzung ist bei allen gleich. Trotz unterschiedlichen denotativen Bedeutungen des Todes, ist die konnotative uniform. Es stellt sich hier die Frage, ob sich Ärzte, Laien und Patienten in der konnotativen Bedeutung des Todes unterscheiden oder ob auch hier die Todeseinschätzung uniform ist.

3.3.4 Vergleich der Profile zwischen Ärzten, Laien und Patienten

Dieser Vergleich der Profile basiert auf Daten von Potthoff (POTTHOFF 1980), der Ärzten und Medizinstudenten dieses Semantische Differential vorlegte und auf Daten von Langen (LANGEN 1984), die Laien, also die Durchschnittsbevölkerung, damit untersuchte. Abb. 3.5 zeigt den graphischen Vergleich der drei Profile. Bis auf das Gegensatzpaar "einzigartig

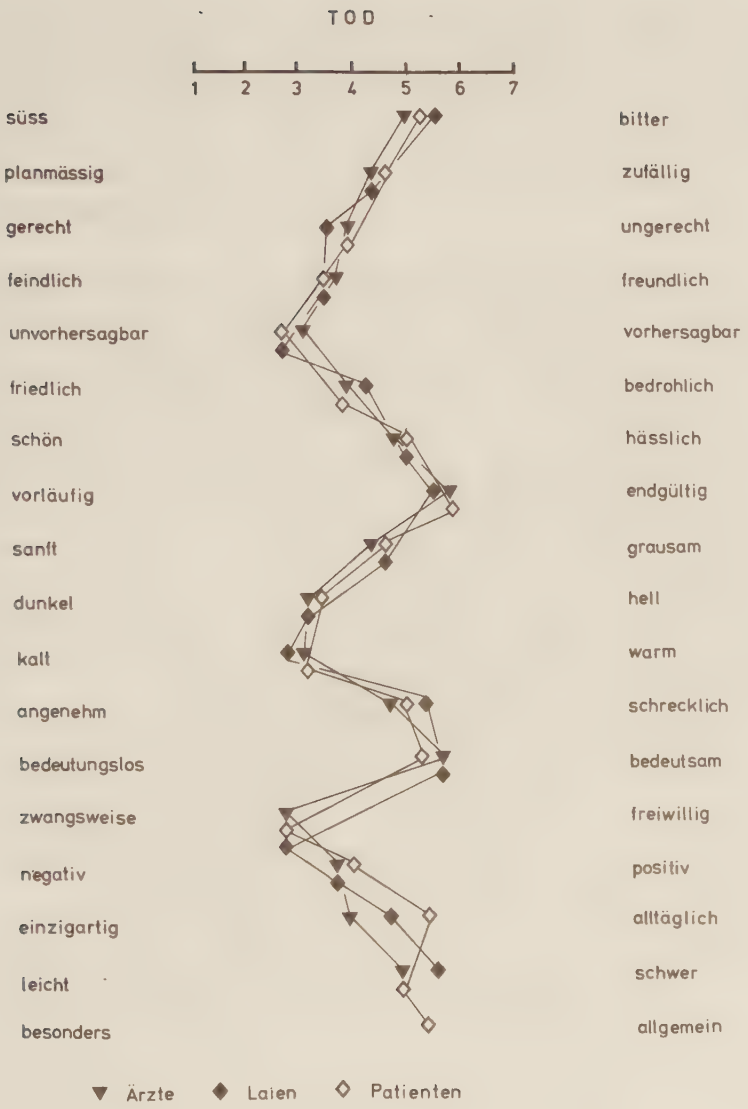

Abb. 3.5: Vergleich der Polaritätenprofile von Ärzten (POTTHOFF 80, N = 545), Laien (LANGEN 84, N = 460) und Patienten (N = 150): Die konnotative Einschätzung des Todes ist bei allen drei Gruppen im Prinzip gleich.

alltäglich" unterscheiden sich die Profile nicht wesentlich voneinander. Der Unterschied in der vorletzten Zeile basiert auf der Tatsache, daß Potthoff hier ein anderes Adjektivpaar verwendete. Potthoff benutzte "einmalig - normal", während Langen und der Autor den Gegensatz "einzigartig - alltäglich" verwendete. Das letzte Gegensatzpaar wurde neu hinzugefügt, kommt also in den anderen Untersuchungen nicht vor.

Da die drei Polaritätenprofile nicht wesentlich voneinander abweichen, müssen wir annehmen, daß die konnotative Bedeutung des Todes zwischen Patienten, Ärzten und Laien nicht differiert. Diese drei Gruppen schätzen den Tod in gleicher Weise ein. Die im Kapitel 3.3.2 eruierte emotional-resignative Einschätzung des Todes bei Patienten gilt auch für Ärzte und Laien. Zwar unterscheiden sich Ärzte, Patienten und Laien in ihren Vorstellungen über Tod und Sterben (siehe Kapitel 3.1.3.5), aber nicht in ihrer konnotativen Einschätzung. Die emotional-subjektive Bewertung ist für alle drei Gruppen gleich. Auf der denotativen Ebene, die durch das Satzergänzungsverfahren erfaßt werden kann, können Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden. Die intellektuelle Ebene läßt Differenzen erkennen, die emotionale nicht. Der Tod wird trotz der gerade bei Ärzten vorzufindenden gefühlsneutralen, naturwissenschaftlichen Anschauung emotional uniform bewertet. Diese Einschätzung ist emotional-abwertend-resignativ. Der Tod ist nicht zu beeinflussen. Er ist ein furchtbares Ereignis.

Wir können hier, wie auch im vorigen Kapitel, feststellen, daß die intellektuelle Vorstellung und die emotionale Einschätzung des Todes auseinanderweichen. Während die emotionale Einschätzung bei allen drei Gruppen uniform ist, zeigt nur die intellektuelle Differenzen. Die Bedrohung durch den Tod muß so tief verankert sein, daß die emotionale Reaktion einheitlich ist. Der Tod ist bis jetzt vom Menschen nicht zu überwinden. Er stellt einen der Urängste der Menschheit dar. Diese sind tief im Menschen verwurzelt (vgl. Archetypenlehre von C.G. Jung (z.B. JUNG 1979)).

Der Tod wird daher emotional uniform bewertet, während die intellektuelle Ebene verschiedene Vorstellungen zulassen kann. Die Emotionen reagieren drastisch und einheitlich, die Kognitionen können variieren.

- Zusammenfassung

Die konnotative Einschätzung des Todes ist, insgesamt gesehen, ablehnend-resignativ. Der Tod ist vor allem bitter. Er ist ein zufälliges, unvorhersagbares und zwangsweises Ereignis, das jeden Menschen trifft. Er ist in diesem Sinne gerecht. Er ist friedlich auf der einen Seite und grausam, schrecklich, kalt, dunkel, feindlich und häßlich auf der anderen Seite. Der Vorgang ist endgültig. Er ist sowohl bedeutsam für den einzelnen Menschen, als auch alltäglich und allgemein. Der Tod ist negativ und nur schwer hinzunehmen.

Die einzelnen Todestypen unterscheiden sich in der konnotativen Einschätzung des Todes nicht wesentlich voneinander. Ebenso läßt auch der Vergleich zwischen Ärzten, Laien und Patienten keine deutlichen Differenzen erkennen. Die konnotative Einschätzung des Todes ist uniform. Während die intellektuelle Einschätzung des Todes, gemessen mit dem Satzergänzungsverfahren, variabel ist, ist die emotionale Einschätzung, gemessen mit dem Semantischen Differential, konstant. Intellektuelle Vorstellung und emotionale Einschätzung des Todes weichen auseinander. Der Tod wird emotional einheitlich ablehnend-resignativ bewertet, während die intellektuelle Einschätzung ganz unterschiedlich sein kann.

3.4 Todesfurcht

3.4.1 Zur Bedeutung der Todesfurcht

Welches sind die Ursachen der Todesfurcht? Ist die Todesfurcht ein einheitliches psychologisches Konstrukt oder setzt sie sich aus verschiedenen Komponenten zusammen? Fürchten wir uns mehr vor dem Verlust des Lebens oder mehr von der Ungewißheit? Schmerzen, Qualen und der langsame Verfall des Körpers sind beunruhigende Momente des Sterbens. Der Verlust der Angehörigen, das Ende aller körperlichen Aktivitäten und die Gewißheit, nie wieder Erfahrungen machen zu können, schmerzen den Menschen zutiefst. Die Irreversibilität und die Endgültigkeit des Todes erschweren jegliche Hoffnungen.

Ist die Todesfurcht angeboren oder ist sie erworben? Wird sie stark durch individuelle Erfahrungen beeinflußt oder ist sie relativ konstant? Bestimmt die Todesfurcht unser alltägliches Leben oder ist sie nur ein beiläufiges Phänomen? Variiert die Todesfurcht interindividuell oder ist sie bei allen Menschen als eine elementare Reaktion gleich ausgeprägt? Ist sie abhängig vom Alter, vom Geschlecht und von der Schwere der Krankheit? Ist die Todesfurcht jederzeit meßbar oder ist sie an eine aktuell bedrohliche Situation gebunden? Daß Menschen Furcht vor dem Tod haben, ist eine banale Feststellung. Doch wie stark ist sie ausgeprägt, aus welchen Komponenten setzt sie sich zusammen, von welchen Faktoren ist sie abhängig?

In der psychologischen Literatur wird in der Regel zwischen Furcht und Angst unterschieden. Furcht ist ein emotionaler Zustand der Beunruhigung und des Schreckens angesichts einer tatsächlichen oder antizipierten Gefahr. Diese Situation stellt eine unmittelbare Bedrohung für das betreffende Individuum dar. Es droht die Vernichtung von seiten des Stärkeren. Entweder kann sich die Person der Gefahrensituation entziehen, oder es droht ihr die Auslöschung.

Entweder kann sie die Gefahr beseitigen, oder sie muß fliehen. Ein Ausharren am Ort würde den Verlust des Lebens bedeuten. Auf einen Gefahr signalisierenden Reiz hin wird die Person in Alarmbereitschaft versetzt. Es werden alle Kräfte mobilisiert, entweder um den Gegner zu überwinden oder um schnell die Flucht zu ergreifen. Todesfurcht ist eine adäquate Reaktion. Die Situation wird richtig erkannt und entsprechend eingeschätzt. Das Kräfteverhältnis wird beurteilt und daraus eine Schlußfolgerung gezogen. Sowohl nach erfolgter Flucht als auch nach erfolgreicher Überwindung des Gegners ist die Furchtreaktion beendet. Mit dem Verschwinden des furchtauslösenden Stimulus ist auch der Zustand der Alarmbereitschaft und des Schreckens zu Ende. Furcht ist ein emotional bewertender Faktor, der das Individuum vor übermäßigen Gefahren schützt. Sie ermöglicht ein Optimum zwischen Annäherung und Vermeidung. Nur in der ausweglosen Situation wird das Individuum von ihr überschwemmt. Es kann sich der Situation nicht entziehen und wird von ihr überwältigt.

Während die Furcht immer abhängig von einem auslösenden Stimulus ist, sei dieser nun existent oder nur antizipiert, ist die Angst unabhängig von einer auslösenden Situation. Ihr fehlt die unmittelbare Realitätsbezogenheit. Sie ist eine Reaktion ohne erkennbaren Reiz. In der Psychotherapie wird sie als "frei flottierende" oder "neurotische" Angst bezeichnet. Sie ist durch das Nichtvorhandensein eines Objektes charakterisiert, auf die sich die Angst beziehen könnte. Es scheint keine direkte Erklärung für diesen Zustand zu geben. Eine akute äußere Belastung existiert nicht. Psychische Mechanismen sind dafür verantwortlich. Diese sind nicht leicht aufzudecken, und aus diesem Grund erscheint sie dem äußeren Betrachter als unverständlich. Ihre wirklichkeitsferne Grundlage erschwert ihr Verständnis.

Da der Tod ein real existierender Zustand ist, der jedes Individuum unmittelbar bedroht, müssen wir in unseren weiteren Ausführungen immer von Todesfurcht und nicht von Todesangst sprechen. Todesfurcht ist immer gerichtet, sie

bezieht sich auf die ständige Bedrohung des Lebens durch den Tod. Auch wenn das Individuum nicht akut einer lebensgefährlichen Situation ausgesetzt ist, so ist sein Leben doch jederzeit durch den Tod gefährdet. Allein die Antizipation des Todes kann eine Furchtreaktion auslösen.

Gerade bei Personen, die sich momentan in einer bedrohlichen Situation befinden oder vor kurzem befanden, scheint die Messung der Todesfurcht besonders interessant zu sein. Zu diesem Personenkreis gehören Patienten im Krankenhaus. In dieser Untersuchung wurden nur chirurgische Patienten befragt, d.h. alle Vpn waren den Gefahren einer Operation einschließlich der Narkose ausgesetzt oder standen ihr unmittelbar bevor. Ihr Leben war oder ist nicht nur durch die Erkrankung, sondern auch durch die Risiken einer Operation bedroht. Ihre Situation muß sich durch die besondere Atmosphäre im Krankenhaus und durch den Kontakt mit schwerkranken Mitpatienten und Sterbenden im Krankenhaus zusätzlich verschärfen. Vor allem durch die Narkose und durch die Operation haben sie bestimmte Erfahrungen gemacht. Sie waren dem Tod "näher" als andere Personen. Sie befanden sich in einer akut lebensbedrohlichen Situation. Jede Narkose und jede Operation ist auch bei dem heutigen Standard der Medizin immer mit einem Risiko verbunden. Diese Patienten gingen dieses Risiko ein. Sie verfügen unmittelbar über Todeserfahrung. Sie verloren in der Narkose das Bewußtsein mit dem Wissen, eventuell nie wieder aufzuwachen. Sie mußten mit einem möglichen Ableben rechnen, zumindest waren sie der Gefahr ausgesetzt. Zusätzlich zu diesem Erlebnis der unmittelbaren Bedrohung, ist oder war ihr Leben durch die Erkrankung gefährdet. Die Lebensqualität ist oder war vermindert. Der Tod als möglicher Ausgang der Erkrankung wurde oder wird antizipierbar. Der Kontakt mit schwerkranken und sterbenden Mitpatienten zwingt zur Auseinandersetzung mit Tod und Sterben. Es stellt sich hier die Frage, wie sich bei Patienten die Todesfurcht im einzelnen verhält. Haben Patienten mehr oder weniger Furcht als die Durchschnittsbevölkerung? Führt der Krankenhausaufenthalt zu einer Redu-

zierung oder zu einer Verstärkung der Todesfurcht oder läßt er sie unberührt?

Über die Entstehung von Todesfurcht gibt es unterschiedliche Theorien. Die Lerntheorie geht davon aus, daß Furcht eine erworbene Verbindung angeborener Reaktionsweisen sei. Durch mehrmaliges Koppeln der auslösenden Reizsituation mit einem neutralen Reiz kann letzterer selber die Reaktion auslösen. Er wird zum konditionierten Reiz. Diesen Vorgang nennt man Klassische Konditionierung (vgl. PAWLOW 1955). Der ursprünglich auslösende Reiz ist durch einen an sich neutralen ersetzt worden, der die gleiche Reaktion auslösen kann. Mit dem Konditionierungsprozeß geht die Möglichkeit der Reizgeneralisierung einher. Der Organismus lernt nicht nur auf den konditionierten Reiz zu reagieren, sondern auch auf alle Reize, die mit diesem ähnlich sind. Die ursprünglich auf einen Reiz beschränkte Reaktion weitet sich aus. Die Reaktion selber bleibt die gleiche, nur die Auslösesituationen werden immer unspezifischer.

In der klassischen Psychoanalyse wird die Todesfurcht anders gefaßt. Die Psychoanalyse steht nach Freud vor dem Problem, daß die "Todesangst" kein unmittelbares Korrelat im Unbewußten hat. Etwas Ähnliches wie der Tod ist nie erlebt worden, wohl aber die tägliche Erfahrung der Trennung vom Darminhalt und der Entwöhnung von der Brust. Der Tod ist genauso wie die Kastration nie erfahren worden. Durch regelmäßig erlebte wiederholte Objektverluste wird die Kastration nur vorstellbar. "Ich halte darum an der Vermutung fest, daß die Todesfurcht als Analogon der Kastrationsangst aufzufassen ist, und daß die Situation, auf welche das Ich reagiert, das Verlassensein vom schützenden Über-Ich - den Schicksalsmächten - ist, womit die Sicherung gegen alle Gefahren ein Ende hat." (FREUD 1972, GSW XIV, S. 160)

Durch wiederholte Objektverluste wird das Ich auf die Kastration und auf den Tod vorbereitet. Die Bedingungen sind für beide ähnlich. Bei beiden sieht sich das Ich von allen schützenden Mächten verlassen, bei der Kastration vom Vater und beim Tod vom Schicksal, das im Laufe des Lebens anstelle des Vaters das Über-Ich vertritt. In beiden

Situationen befindet sich das Ich in einer großen Gefahr, die es aus eigener Kraft nicht überwinden kann. Es wird vom schützenden Über-Ich im Stich gelassen (FREUD 1972, GSW XIII, S. 288 f.).

Es existieren noch weitere Konzepte zur Entstehung von Todesfurcht, z.B. kognitionstheoretische oder neopsychoanalytische Ansätze, auf die aber im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann.

3.4.2 Konstruktion der Todesfurchtskala

Im deutschen Sprachraum gab es bisher keinen Fragebogen zur Erfassung von Todesfurcht. In den USA existieren dagegen verschiedene Todesfurchtskalen. Hensle (1975) machte sich die Mühe, aus verschiedenen amerikanischen Skalen eine deutsche zu konstruieren. Er verwendete dazu folgende Skalen:

"Fear of Death Scale" von Sarnoff und Corwin (1959)
"Attitudes toward some Approaches to the Destruction of Life" von Kalish (1963)
"Death Anxiety Scale" von Livington und Zimet (1965)
"Consciousness of Death Scale" von Dickstein und Blatt (1966)
"Question Relative to Death" von Feldmann und Hersen (1967)
"Fear of Death Scale" von Collett und Lester (1969)
"Death Anxiety Scale" von Templer (1969, 70)
"Death Concern Scale" von Dickstein (1972)

Durch diese Sammlung von Fragen bezüglich der Todesfurcht ergab sich ein Pool von 125 Fragen. Alle Items wurden übersetzt und sortiert. Ähnliche Fragen konnten zu Gruppen zusammengestellt werden. Hensle (1975) unterschied: Todesfurcht direkt, Denken an den Tod, Ausblick auf den Tod, Zeiterleben und Zeitperspektive, Sinn des Todes, Vorstellung vom Tod, Leben nach dem Tod, Erinnertwerden an den

Tod, Risiko und Risikobereitschaft, Krankheit, Vorgang des eigenen Sterbens, Sterbende, Tod Angehöriger.

Nach Einschätzung aller Fragen durch einen Experten, nach Abwägung der Repräsentativität der Fragentypen und nach Abschätzung der Ausgewogenheit der positiv und negativ formulierten Fragen konnte der Pool auf 72 Fragen reduziert werden. Durch Fragen von Hahn (1968), von Crumbaugh (1968) und von Kastenbaum/Aisenberg (1972) wurde anschließend der Pool auf 80 Fragen aufgestockt, die in der Todesfurchtskala von Hensle Verwendung fanden.

Hensle untersuchte mit seinem "Fragebogen zur Einstellung zum Tod" 315 Würzburger Studenten. Mittels Faktorenanalyse konnten in der Drei-Faktoren-Lösung folgende Dimensionen eruiert werden: Faktor A = Angst vor dem Tod, Faktor B = Beschäftigung mit dem Tod, Denken an den Tod, Sehnsucht nach dem Tod, Faktor C = Glaube an und Wunsch nach einem Weiterleben nach dem Tod. Mit dem Fragenpool lassen sich demnach drei Bereiche darstellen: Todesfurcht im eigentlichen Sinn, Todesbefassung und Jenseitsglauben.

Da es Ziel von Hensle war, eine Skala zur Todesfurcht zu konstruieren, war es sinnvoll den Todesfurchtfaktor weiter zu differenzieren. Eine Sechs-Faktoren-Lösung brachte tatsächlich eine Aufschlüsselung des Todesfurchtfaktors hervor. Hensle konnte vier Komponenten der Todesfurcht unterscheiden: affektive Ablehnung des Todes, Nichtakzeptieren der Endlichkeit, Furcht vor dem Tod anderer, Furcht vor dem Prozeß des Sterbens.

Durch eine erneute Analyse konnte der Fragenpool auf 45 Items reduziert werden. Die daraus entstandene Kurzskala besteht aus sechs Unterskalen, die die verschiedenen Todesfurchtkomponenten, die Beschäftigung mit dem Tod und den Jenseitsglauben jeweils getrennt erfassen können. Die vier Unterskalen zur Erfassung der Todesfurchtkomponenten können zu einer Gesamtskala Todesfurcht zusammengefaßt werden. Diese Gesamtskala besteht nur aus 28 Fragen. Sie wurde in unserer Untersuchung zur Erfassung der Todesfurcht bei Patienten benutzt. Abb. 3.6 zeigt diese Gesamtskala.

	Stimmt	Stimmt nicht
1. Der Tod ist die letzte und schlimmste Beleidigung für den Menschen.	☐ S	☐ SN_{-63}
2. Es macht mich nervös, wenn andere über den Tod sprechen.	☐ S	☐ SN_{-64}
3. Der Tod sollte nicht als Tragödie betrachtet werden, wenn er nach einem fruchtbaren Leben auftritt.	☐ S	☐ SN_{65}
4. Der Tod ist das schlechteste, was mir je passieren könnte.	☐ S	☐ SN_{-66}
5. Ich würde über den Tod eines mir Nahestehenden nie hinwegkommen.	☐ S	☐ SN_{-67}
6. Ich würde Angst empfinden, wenn jemand, der im Sterben liegt, mit mir darüber spräche.	☐ S	☐ SN_{-68}
7. Der Anblick eines Toten ist entsetzlich für mich.	☐ S	☐ SN_{-69}
8. Auch, wenn viele Menschen dadurch verstört werden, erschreckt mich der Anblick eines frischen Grabes nicht.	☐ S	☐ SN_{70}
9. Der unausweichliche Tod stellt den Sinn menschlichen Daseins in Frage.	☐ S	☐ SN_{-16}
10. Ich störe mich nicht daran, daß der Tod das Ende des Lebens ist.	☐ S	☐ SN_{17}
11. Ich habe Angst vor dem Todsein.	☐ S	☐ SN_{-18}
12. Die Vorstellung, nach dem Tode niemals wieder zu denken oder Erfahrungen zu machen, quält mich nicht.	☐ S	☐ SN_{19}
13. In Gegenwart eines Sterbenden werde ich keine Angst empfinden.	☐ S	☐ SN_{20}
14. Ich befürchte, einen schmerzhaften Tod zu sterben.	☐ S	☐ SN_{-21}

	Stimmt	Stimmt nicht
1. Der Tod wäre angenehmer, wenn man schon wüßte, was man dabei empfinden würde.	☐ S	☐ SN_{-22}
2. Ich bin nicht besonders besorgt, ich könnte Krebs bekommen.	☐ S	☐ SN_{23}
3. Es stört mich, daß ich durch meinen Tod so vieles versäumen könnte.	☐ S	☐ SN_{-24}
4. Wenn ein Freund von mir im Sterben läge, wüßte ich nicht, was ich ihm sagen sollte.	☐ S	☐ SN_{-25}
5. Es würde mir nichts ausmachen, den Leichnam eines Bekannten zu identifizieren.	☐ S	☐ SN_{26}
6. Ich will nicht gerade jetzt sterben, bin aber froh, daß ich eines Tages sterben werde.	☐ S	☐ SN_{27}
7. Nach dem Tod eines mir Nahestehenden würde ich mich leicht wieder zurechtfinden.	☐ S	☐ SN_{28}
8. Ich find es schwierig, der letzten Tatsache Tod ins Auge zu sehen.	☐ S	☐ SN_{-29}
9. Der geistige Abbau im Alter beunruhigt mich.	☐ S	☐ SN_{-30}
10. Es würde meine Lebenserfahrung in keiner Weise beeinflussen, wenn ich innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sterben müßte.	☐ S	☐ SN_{31}
11. Ich hätte nichts dagegen (gehabt), jung zu sterben.	☐ S	☐ SN_{32}
12. Mich beunruhigt der körperliche Verfall, den ein langsamer Tod mit sich bringt.	☐ S	☐ SN_{-33}
13. Die Möglichkeit des Todes geliebter Personen weckt in mir Angst.	☐ S	☐ SN_{-34}
14. Ich habe überhaupt keine Angst zu sterben.	☐ S	☐ SN_{35}

Abb. 3.6: Die 28 Fragen der Todesfurcht-Gesamtskala

3.4.3 Gesamttodesfurcht bei Patienten

Punktzahl	abs. Häuf.	rel. Häuf.	kumul. Häuf.
1	-	-	-
2	1	0.7	0.7
3	-	-	0.7
4	2	1.3	2.0
5	3	2.0	4.0
6	2	1.3	5.3
7	6	4.0	9.3
8	5	3.3	12.7
9	8	5.3	18.0
10	8	5.3	23.3
11	13	8.7	32.0
12	12	8.0	40.0
13	14	9.3	49.3
14	11	7.3	56.7
15	6	4.0	60.7
16	5	3.3	64.0
17	9	6.0	70.0
18	10	6.7	76.7
19	9	6.0	82.7
20	5	3.3	86.0
21	6	4.0	90.0
22	4	2.7	92.7
23	4	2.7	95.3
24	3	2.0	97.3
25	3	2.0	99.3
26	1	0.7	100.0
27	-	-	-
28	-	-	-

Tab. 3.19: Verteilung der Punktzahlen der Todesfurcht-Gesamtskala. Das arithmetische Mittel beträgt 14.31 bei einer Standardabweichung von 5.20.

Tab. 3.19 zeigt die Verteilung der erreichten Punktzahlen der Patienten auf der Todesfurcht-Gesamtskala. Für jede in Richtung Todesfurcht tendiziöse Beantwortung einer Frage gab es einen Punkt, so daß bei 28 gestellten Fragen maximal 28 und minimal 0 Punkte erreicht werden konnten. Eine hohe Punktzahl bedeutet eine starke Ausprägung von Todesfurcht, eine niedrige eine geringe Ausprägung. Alle Patienten, d.h. 150 Personen, füllten die Todesfurchtskala aus. Durch einfaches Ankreuzen der Möglichkeiten "Stimmt" oder "Stimmt nicht" konnte die Skala von allen Patienten schnell durchgegangen werden.

Die minimale Punktzahl liegt bei 2. Diese wurde nur von einem Patienten erreicht und repräsentiert die am niedrigsten ausgeprägte Todesfurcht in unserem Kollektiv. Die maximale Punktzahl beträgt 26 und ist ebenfalls nur von einem Patienten erreicht worden. Sie ist die höchste Todesfurcht, die in unserer Untersuchung gemessen wurde. Die Punktzahlen die am häufigsten erreicht wurden, liegen zwischen 9 und 19. Ca. 70 % der Patienten liegen in diesem Werteintervall. Der Durchschnitt beträgt 14.31 bei einer Standardabweichung von 5.20. Der Median liegt bei 13.59, und die Punktzahl mit der größten Häufigkeit ist die 13.

Für sich sagt der Mittelwert von 14.31 noch nicht viel über die Höhe der Todesfurcht bei Patienten aus. Er besagt nur, daß der durchschnittliche Patient weder zu niedrigen noch zu hohen Punktzahlen auf der Todesfurchtskala neigt. Ob die Todesfurcht bei Patienten tatsächlich niedrig, durchschnittlich oder hoch ausgeprägt ist, kann nur ein Vergleich mit der Normalbevölkerung beurteilen (s. Kapitel 3.4.9). Hensle konnte mit seiner Gesamtskale Todesfurcht für Würzburger Studenten einen Mittelwert von 12.70 errechnen.

3.4.4 Todesfurcht in Abhängigkeit von der Todestypologie

Tab. 3.20 und Abb. 3.7 zeigen, daß die Patienten, die intellektuell den Tod als schreckliches Ereignis einschätzen, auch die höchste Todesfurcht haben. Sie haben ca. 2.5 Punkte mehr auf der Todesfurchtskala als der Durchschnitt. Patienten dagegen, die nüchtern dem Tod gegenüber eingestellt sind oder in ihm ein positives Ereignis sehen, haben erwartungsgemäß die niedrigste Todesfurcht. Sie haben ungefähr 1 Punkt weniger als der Durchschnitt. Patienten, die dem Tod gegenüber ihre Machtlosigkeit spüren, ungefähr nur so viel wie der Durchschnitt.

Im Gegensatz zur konnotativen Einschätzung des Todes, wie sie im Semantischen Differential gemessen wurde, zeigt die Todesfurcht in unserer Untersuchung deutliche Unter-

Todestyp	Todesfurcht-Mittelwert
Ende	13.52
fremde Macht	14.28
Erlösung	13.31
schreckliches Ereignis	16.82

Tab. 3.20: Todesfurcht-Mittelwerte in Abhängigkeit vom Todestyp

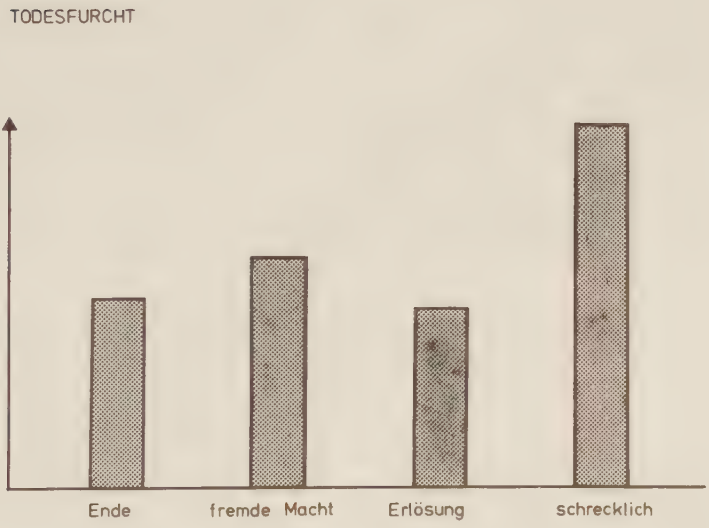

Abb. 3.7: Todesfurcht in Abhängigkeit von der Todestypologie

schiede in Abhängigkeit vom Todestyp. Intellektuelle Einschätzung des Todes und Ausprägung der Todesfurcht laufen hier gleichsinnig. Die denotative Einschätzung des Todes als furchtbar und schrecklich geht einher mit einer stark ausgeprägten Todesfurcht. Der Tod wird als schrecklich und

furchtbar vergegenwärtigt, und der Patient fürchtet sich auch stark vor ihm. Patienten mit einer neutralen Haltung dem Tod gegenüber zeigen dagegen wenig Todesfurcht. Der Patient steht dem Tod kühl gegenüber und hat wenig Furcht. Die gefühlskalte Haltung hat ihre Entsprechung in einer niedrigen Todesfurcht. Auch der Patient, der in dem Tod eine Erlösung für den Patienten sieht, den Tod also positiv bewertet, hat wenig Todesfurcht. Der Tod befreit den Schwerkranken von seinen Schmerzen und Qualen. Der Tod ist in diesen Situationen erstrebenswert. Er ist keine Bedrohung, sondern eine Befreiung. Er ist nicht so stark furchterregend. Patienten dagegen, die in dem Tod ihre Hilflosigkeit und Machtlosigkeit spüren, haben schon mehr Todesfurcht. Der Tod wird als bedrohend erlebt, also steigt auch die Todesdurcht. Neutrale und positive Haltungen dem Tod gegenüber gehen mit der geringsten Todesfurcht einher, ablehnende mit der größten. Die resignativen Haltungen zeigen eine durchschnittliche Ausprägung der Todesfurcht. Die intellektuelle Einschätzung des Todes und das Ausmaß an Todesfurcht kommen zur Deckung.

Prüfgrößen des t-Tests

	T_1	T_2	T_3	T_4
T_1	-	-	-	-
T_2	0.68	-	-	-
T_3	0.21	0.73	-	-
T_4	3.04^{xx}	2.11^{x}	2.96^{xx}	

$p^{x} = 0.05$ $p^{xx} = 0.01$

Tab. 3.21: Prüfgrößen des t-Tests für die Todesfurchtmittelwerte der verschiedenen Todestypen: Nur der vierte Todestyp "schreckliches Ereignis" hat signifikant mehr Todesfurcht als die anderen Todestypen.

Werden für die verschiedenen Todesfurchtmittelwerte mit Hilfe des t-Tests die Signifikanzen berechnet, so ergibt sich Tab. 3.21. Sie zeigt, daß sich nur der vierte Todestyp signifikant in der Ausprägung der Todesfurcht von allen anderen Typen unterscheidet. Nur Patienten, die den Tod als schreckliches Ereignis einschätzen, haben signifikant mehr Todesfurcht als alle anderen. Die Todestypen 1, 2 und 3 unterscheiden sich hingegen nicht signifikant voneinander. Die in unserer Untersuchung gemessenen Differenzen in der Ausprägung der Todesfurcht zwischen den ersten drei Typen sind zufälliger Natur. Obwohl wir die Differenzen in der Ausprägung der Todesfurcht zwischen den ersten drei Todestypen nicht verallgemeinern können, wollen wir uns im nächsten Kapitel anschauen, welche Komponenten der Todesfurcht für die Variation der Todesfurcht zwischen den Typen in unserer Untersuchung verantwortlich waren.

3.4.5 Komponenten der Todesfurcht in Abhängigkeit von der Todestypologie

Hensle (1975) konnte die Todesfurcht in vier Komponenten zerlegen. Der erste Faktor (F_1) erfaßt die emotionale Ablehnung des Todes. Angst und unangenehme Gefühle entstehen bei der Konfrontation mit dem Tod. Sätze, wie: "Der Anblick eines Toten ist entsetzlich für mich." oder die negative Formulierung: "In Gegenwart eines Sterbenden würde ich keine Angst empfinden." gehören zu diesem Faktor. Die Begegnung mit dem Tod erzeugt negative Gefühle. Der Tod ist schrecklich und schlimm. Er ist emotional abzulehnen, er ist ein schreckliches Ereignis.

Der zweite Faktor (F_2) erfaßt das Nichtakzeptieren der Lebensendlichkeit. Die Sätze: "Die Vorstellung, nach dem Tod niemals wieder zu denken oder Erfahrungen zu machen, quält mich nicht." oder "Ich hätte nichts dagegen gehabt, jung zu sterben." sind typische Vertreter in der negativen Formulierung. Der Tod beendet das Leben. Dieser Vorgang

ist irreversibel. Es gibt kein Zurück mehr. Mit dem Eintreten des Todes ist das Dasein ausgelöscht, das Leben ist für immer verloren.

Der dritte Faktor (F_3) umschreibt die Reaktion auf den Tod anderer Personen. Die unmittelbare Konfrontation mit dem Tod oder der Verlust nahestehender Personen führt zu Gefühlen der Furcht und des Grauens. Zu diesem Faktor gehören Aussagen wie: "Auch wenn viele Menschen dadurch verstört werden, erschreckt mich der Anblick eines frischen Grabes nicht." (negative Formulierung) oder "Die Möglichkeit des Todes geliebter Personen weckt in mir Angst." Der Tod anderer Personen löst eine Reaktion der Betroffenheit aus. Er läßt die Vp nicht unberührt. Er erzeugt in ihr eine Änderung der Gefühlslage. Die Nachricht von oder die Konfrontation mit dem Tod anderer Personen beunruhigt die Vp zutiefst. Sie führt zu unangenehmen Gefühlen, die als eine Komponente der Todesfurcht aufzufassen ist. Die dazu entgegengesetzte Reaktionsweise ist eine kühle Gemütslage, ein Unbeeindruckt-bleiben durch den Tod anderer.

Der vierte Faktor (F_4) schließlich bezieht sich auf die Sorge um den Prozeß des Alterns und des Sterbens. "Der geistige Abbau im Alter beunruhigt mich." oder "Mich beunruhigt der körperliche Verfall, den ein langsamer Tod mit sich bringt." Altwerden und Kranksein bedeutet eine enorme Beeinträchtigung der Lebensqualität. Das bewußte Wahrnehmen der Verminderung der körperlichen Kräfte und der Reduzierung des Allgemeinzustandes sind äußerst schmerzhafte Erlebnisse. Langsamer Tod und körperlicher Verfall gehen Hand in Hand. Die Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei erhaltenem Bewußtsein sind sehr unangenehme Erfahrungen. Ein langsamer Tod läßt den Patienten die Verschlechterung seines Zustandes fortwährend spüren. Der Prozeß des Sterbens wird zu einer Qual, die zu erleidenden Schmerzen währen unendlich lange an.

Aus Tab. 3.22 läßt sich nun entnehmen, wie sich die verschiedenen Komponenten in der Todesfurcht auf die Gesamttodesfurcht der vier Todestypen verteilen. Welche Komponenten führen zu einer starken Ausprägung der Furcht beim

Todestyp	Komponenten der Todesfurcht Mittelwerte F_1	F_2	F_3	F_4
Ende	2.72	2.94	3.17	5.41
fremde Macht	3.31	2.78	3.13	5.53
Erlösung	3.25	2.58	2.97	5.03
schreckliches Ereignis	5.29	3.46	3.75	5.36
Durchschnitt	3.49	2.92	3.22	5.33

Tab. 3.22: Todesfurchtkomponenten-Mittelwerte in Abhängigkeit von der Todestypologie

Todestyp "schreckliches Ereignis" und welche Komponenten sind verantwortlich für die niedrige Furcht beim nüchternen Todestyp und beim Erlösungstyp? Wie verteilen sich die Komponenten beim Todestyp "fremde Macht"?

Der Patient vom Typ "schreckliches Ereignis" zeigt vor allem eine starke emotionale Ablehnung und Abwehr des Todes. Erst in zweiter Linie ist er durch den Tod anderer betroffen und kann nicht die Endgültigkeit des Todes akzeptieren, während ihn der Prozeß des Sterbens oder des Alterns nicht stärker sorgt als den durchschnittlichen Patienten. Für ihn gilt vor allem, daß der Tod schrecklich und grausam ist, er ist emotional zu verurteilen.

Bei dem Patienten vom Erlösungstyp sind dagegen alle Komponenten gleichmäßig gering ausgeprägt. Für die niedrige Ausprägung der Todesfurcht läßt sich kein einzelner Faktor verantwortlich machen. Alle Komponenten tragen ungefähr in gleichem Maße zu diesem Ergebnis bei, während die niedrige Todesfurcht beim Patienten vom nüchternen Todestyp vor allem auf die geringe Ausprägung des emotional bewertenden Faktors zurückzuführen ist. Erstaunlicherweise ist bei dieser kühlen Einstellung dem Tod gegenüber das Akzeptieren der Endgültigkeit des Todes nicht stärker ausgeprägt als

im Vergleich zum Durchschnitt der Patienten. Der nüchterne Todestyp zeigt vor allem eine geringe emotionale Ablehnung des Todes. Der Tod beeindruckt ihn nicht so stark wie die anderen Patiententypen. Er ist nicht so schrecklich, wie die anderen ihn empfinden. Am meisten noch von allen Todesfurchtkomponenten beunruhigt ihn der Prozeß des körperlichen Verfalls. Der Kühlheit und Nüchternheit im Denken entspricht die Sorge um die physischen Qualen auf der anderen Seite. Der Dualismus ist perfekt. Geistige Distanziertheit geht hier einher mit der Furcht vor körperlichen Leiden.

Der Todestyp "fremde Macht" hat, wie oben schon dargestellt, nur durchschnittlich viel Todesfurcht. Dieser Todestyp hat von allen Todestypen die größte Sorge um den Prozeß des Alterns und Sterbens. Das Nachlassen der geistigen Kräfte und der Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit beunruhigen ihn zutiefst. Das Miterleben der ständigen Verschlechterung des Allgemeinzustandes läßt ihn besonders deutlich die Situation der Machtlosigkeit und der Ausgeliefertheit dem Tod gegenüber spüren. Der Tod wird dafür allerdings nicht so stark emotional ablehnend bewertet wie im Durchschnitt, denn er beendet den Prozeß langer körperlicher Leiden. Der Aspekt der Unbeeinflußbarkeit des Todes konzentriert die Todesfurcht auf die Sorge um den Prozeß des körperlichen Verfalls und vermindert die emotionale Ablehnung des Todes.

3.4.6 Todesfurcht in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht	Todesfurchtmittelwerte	t-Test
m	14.19	0.39
w	14.54	

p = 0.01; t = 2.58 p = 0.05; t = 1.96

Tab. 3.23: t-Test: Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Todesfurcht nicht signifikant voneinander.

Die Errechnung der Todesfurchtmittelwerte für weibliche und männliche Patienten ergibt, daß in unserer Untersuchung Frauen durchschnittlich etwas mehr Todesfurcht haben als Männer. Gründe dafür können sein: Frauen neigen im Verhältnis zu Männern eher zu gefühlsmäßigen Reaktionen. Ihre Einstellung zum eigenen Körper ist verglichen mit Männern intensiver. Sie sind stärker um ihren Körper besorgt und sie beziehen einen großen Teil ihres Selbstwertgefühls aus der Einstellung zu ihrem Körper. Der Körper ist für die Frauen eher ein wichtiges Instrument zur Erlangung von gesellschaftlicher Anerkennung als für Männer. Die Frau setzt sich eher mit ihrem Körper gleich. Der Mann definiert sich mehr über die Leistung. Für ihn spielt der Körper und das Aussehen nicht so eine große Rolle wie für Frauen (vgl. MRAZEK 1984). Der Tod beendet das Leben. Er zerstört den Körper. Er bedroht die positive Einstellung zum Körper und das daraus resultierende Selbstwertgefühl.

Die Prüfung der beiden Mittelwerte auf Signifikanz ergab ein negatives Ergebnis, d.h. weibliche und männliche Patienten unterscheiden sich nicht signifikant in unserer Untersuchung hinsichtlich der Ausprägung von Todesfurcht. Auch wenn in der Literatur häufig ein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Vpn gefunden wurde - ein Überblick dazu gibt Wittkowski (1978) - kann ein signifikanter Unterschied in unserer Untersuchung nicht

formuliert werden. Die Nullhypothese, die besagt, daß weibliche und männliche Patienten gleich viel Todesfurcht haben, muß aufrechterhalten bleiben.

3.4.7 Todesfurcht in Abhängigkeit vom Alter

Alter	Todesfurchtmittelwerte
< 30	14.44
30 - 49	14.40
≥ 50	13.94

Tab. 3.24: Todesfurcht in Abhängigkeit vom Alter

Die Todesfurchtmittelwerte nehmen in unserer Untersuchung mit steigendem Alter ab (Tab. 3.24). Diese Unterschiede sind aber nur gering ausgeprägt. Gründe für die Abnahme können sein: Die lange Lebenserfahrung des höheren Alters begünstigt eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Tod. Nähere Auseinandersetzung mit Tod und Sterben führt zu einer Reduktion der Todesfurcht. Die zeitlich ins Überschaubare rückende Distanz zum eigenen Tod führt zwangsweise zu einer Beschäftigung mit demselben. Das Interesse an der Umgebung und damit am Leben geht durch den Verlust äußerer Zwänge, wie Berentung und Nicht-mehr-Verantwortungtragen für Familienangehörige verloren. Der Ältere gerät zunehmend ins Abseits der Gesellschaft. Der körperliche Zustand verschlechtert sich im Laufe des Lebens zunehmend. Krankheiten und Schmerzen nehmen zu. Eine Kosten-Nutzen-Rechnung kann die Freude am Leben durch die zunehmenden Leiden relativieren. Ein Zusammenhang zwischen Reduktion der Todesfurcht und steigendem Alter konnte in der Literatur oft eruiert werden (vgl. WITTKOWSKI 1978).

	Prüfgrößen des t-Tests		
	<30	30 - 49	≥50
<30	-	-	-
30 - 49	0.04	-	-
≥50	0.40	0.39	-

p = 0.01; t = 2.58 p = 0.05; t = 1.96

Tab. 3.25: Prüfgrößen des t-Tests für die Todesfurchtmittelwerte der verschiedenen Altersklassen. Die drei Altersklassen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Die Überprüfung der Mittelwerte auf Signifikanz ergab für unsere Untersuchung jedoch (vgl. Tab. 3.25), daß das Alter keinen Einfluß auf die Höhe der Todesfurcht hat. Patienten der verschiedenen Altersklassen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der Todesfurcht. Gefundene Unterschiede sind zufälliger Natur.

3.4.8 Todesfurcht in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung

Die Erkrankungen der befragten Patienten wurden vom Autor anhand der vom Stationsarzt gestellten Diagnose in leichte und schwere Erkrankungen unterteilt. Zu den leichten Erkrankungen wurden alle Eingriffe der sogenannten "kleinen" Chirugie gezählt inklusive der Entfernung eines Wurmfortsatzes und der Metallentfernung nach Ausheilung einer Fraktur. Die subjektive Einschätzung der Erkrankung durch den Patienten und die Bedeutung der Erkrankung für ihn fanden keine Berücksichtigung. Ausschlaggebend für die Einteilung war die ärztliche Diagnose.

Zu den leichten Erkrankungen wurden im einzelnen gezählt: Hämorrhoiden, Darmfisteln, Appendiciden, Hernien, Hautverletzungen, Prellungen, usw.. Zu der Gruppe mit schweren Erkrankungen wurden Patienten mit folgenden operativen Eingriffen gerechnet: Schilddrüsen-, Gallen-, Magen-, Darmresektionen, Amputationen, Osteosynthesen, usw.. Bestimmend für die Differenzierung zwischen leichten und schweren Erkrankungen war die klinische Erfahrung im Krankenhausalltag. Patienten mit kleinen operativen Eingriffen fühlen sich nicht so krank und werden auch als nicht so krank vom medizinischen Personal eingeschätzt. Sie vertragen die Operation ohne größere Auswirkungen. Kurze Zeit postoperativ ist ihr Gesundheitszustand wieder voll hergestellt. Sie leiden nicht lange. Sie brauchen nicht lange im Krankenhaus zu liegen. Sie kommen nur kurz vor der Operation ins Krankenhaus und verlassen es schnell wieder. Ihre Aufenthaltsdauer ist auf ein Minimum beschränkt. Der Eingriff hat keinen großen Einfluß auf den Allgemeinzustand des Patienten. Der Gesundheitszustand ist schnell wieder hergestellt, und der Patient kann das Krankenhaus verlassen.

Anders geht es den schwer erkrankten Patienten. Sie müssen lange im Krankenhaus liegen und werden durch den wesentlich größeren Eingriff stärker geschwächt. Ihr Allgemeinzustand verschlechtert sich erheblich durch die Opera-

tion. Das Risiko der Operation ist bei ihnen wesentlich größer. Ihr Leben ist durch den Krankheitszustand im weitaus größeren Maß bedroht. Auch postoperativ wird der volle Gesundheitszustand nicht immer erreicht. Amputationen und Resektionen von Organteilen vermindern die Lebensqualität. Die Verschlechterung des körperlichen Zustandes auf Dauer wird unmittelbar bewußt. Ein möglicher tödlicher Ausgang der Erkrankung wird eher vorstellbar. Diese Patienten sind auf längere Zeit hin vom Alltags- und Berufsleben entfernt. Ihre Wiedergenesung und Rehabilitation nimmt erhebliche Zeit in Anspruch.

Schwere der Krankheit	Todesfurcht-mittelwert	t-Test
leicht	14.91	1.78
schwer	13.31	

p = 0.01; t = 2.58 p = 0.05; t = 1.96

Tab. 3.26: Todesfurcht in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung und zugehöriger t-Test: Schwerkranke haben signifikant nicht mehr Todesfurcht als leichtererkrankte Patienten.

Aus der näheren Konfrontation mit dem Tod könnte man nun schließen, daß die Patienten, die schwer erkrankt sind und damit auch eher mit einem möglichen Ableben rechnen müssen, eine geringere Furcht vor dem Sterben haben als leicht erkrankte Patienten, die sich noch nicht in der Zwangslage befinden, sich mit dem Tod beschäftigen zu müssen Intensive Auseinandersetzung mit Tod und Sterben könnte zu einer Reduktion der Todesfurcht führen. Die Reflexion eines möglichen letalen Ausganges der Erkrankung führt zwangsläufig zu einer Beschäftigung mit Tod und Sterben. Der schlechte Allgemeinzustand des schwer erkrankten Patienten erschwert Abwehr- und Verdrängungsvorgänge. Er muß sich mit seinem möglichen Tod auseinandersetzen.

Wie Tab. 3.26 auch zeigt, haben in unserer Untersuchung

tatsächlich schwer erkrankte Patienten durchschnittlich weniger Furcht als leicht erkrankte. Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant. Wir müssen daher davon ausgehen, daß die Schwere der Erkrankung keinen Einfluß auf die Ausprägung von Todesfurcht hat. Der Krankheitszustand beeinflußt nicht die Höhe der Todesfurcht.

3.4.9 Todesfurcht von Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe zur Messung der Todesfurcht bestand aus 52 Personen der Normalbevölkerung. Die Kontrollgruppe setzte sich aus 61 % weiblichen und 39 % männlichen Personen zusammen. Das Durchschnittsalter lag bei 41 Jahren und ist um 2 Jahre höher als bei der Patientengruppe. Die jüngste Vp war 19, die älteste 64 Jahre alt. Die gemessene Todesfurcht betrug im Durchschnitt 13.38 bei einer Standardabweichung von 4.34.

	Todesfurchtmittelwerte	t-Test
Patientengruppe	14.31	1.16
Kontrollgruppe	13.38	

p = 0.01; t = 2.58 p = 0.05; t = 1.96

Tab. 3.27: Todesfurchtmittelwerte von Patienten verglichen mit der Kontrollgruppe: Patienten unterscheiden sich von der Kontrollgruppe nicht signifikant voneinander.

Im Vergleich zur Patientengruppe hatte die Kontrollgruppe durchschnittlich ungefähr einen Punkt weniger auf der Gesamttodesfurchtskala. Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant, und wir müssen im weiteren davon ausgehen, daß sich Patienten und Normalbevölkerung hinsichtlich der Todesfurcht nicht unterscheiden. Auch in der Kontrollgruppe

konnte wie bei der Patientengruppe kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersklassen gefunden werden.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, daß im Einklang mit den Resultaten des Semantischen Differentials (siehe Kapitel 3.3.4) die emotionale Reaktion auf den Tod einheitlich zu sein scheint. Weder die Schwere der Krankheit, noch das Alter oder das Geschlecht führen zu einer Variation der Todesfurcht. Die Todesfurcht scheint bei allen Patienten im Schnitt gleich stark ausgeprägt zu sein. Auch ist sie nicht höher als in der Normalbevölkerung, d.h. Patienten und Normalbevölkerung haben gleich viel Furcht vor Tod und Sterben.

Todesfurcht wird auf diese Weise als ein Teil der emotionalen Reaktion zu einem gleichförmig reagierenden Faktor. Sie stellt sich gewissermaßen ein, wie der Reflex auf einen Reiz. Todesfurcht muß in dem Menschen so tief verwurzelt sein, daß sie unabhängig von verschiedener Variabeln bei allen gleich stark ausgeprägt ist. Sie stellt eine einheitliche Reaktion dar. Sie ist eine Antwort auf eine bedrohliche Situation. Sie setzt analog zur Fluchtreaktion den Organismus in höchste Alarmbereitschaft. Sie hilft den Organismus, lebensbedrohliche Situationen zu erkennen und entsprechende Konsequenzen zu ziehen. Sie ist phylogenetisch erworben und stellt eine der Urängste der Menschheit dar (vgl. JUNG 1979). Sie hat ihren Stellenwert im biologischen Gefüge und treibt den Organismus an, sich der Gefahrensituation zu entziehen. Sie ist eine elementarische Reaktion. Sie ist so tief im Menschen verankert, daß ihre Reaktion einheitlich ist.

Während die intellektuelle Einschätzung des Todes unterschiedlich ist, ist die Todesfurcht nur beim Typ "schreckliches Ereignis" erhöht. Hier schlägt gewissermaßen die intellektuelle Einschätzung ins Emotionale durch. Intellektuelle und emotionale Einschätzung laufen hier konform. Bei den anderen Typen kommen sie nicht zur Deckung. Der nüchterne Typ hat genauso viel Furcht vor dem Tod wie der

Erlösungs-Typ oder der fremde-Macht-Typ. Die Furchtreaktion auf den Tod ist einheitlich, die intellektuelle Einschätzung dagegen nicht. Genauso wie das Semantische Differential legt auch die Messung der Todesfurcht die Vermutung nahe, daß die emotionale Reaktion auf den Tod uniform ist, während die intellektuellen Einschätzungen variieren können.

- Zusammenfassung

Nur der vierte Todestyp "schreckliches Ereignis" hat signifikant mehr Todesfurcht als die anderen Todestypen. Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Todesfurcht nicht signifikant voneinander. Auch das Alter hat keinen Einfluß auf die Höhe der Todesfurcht. Ferner bewirkte die Schwere der Erkrankung keine Erniedrigung der Todesfurcht. Patienten haben signifikant nicht mehr Todesfurcht als die Kontrollgruppe.
Somit stellt sich die Todesfurcht als ein einheitlich reagierender Faktor dar. Unabhängig von verschiedenen Variablen ist die Todesfurcht gleich stark ausgeprägt. Ihre tiefe Verankerung im Menschen erklärt ihre gleichförmige Reaktion.

3.5 Abhängigkeit der Todestypologie

3.5.1 Krankheit

3.5.1.1 Schwere der Erkrankung

Die Differenzierung der Erkrankung in leichte und schwere wurde schon im Kapitel 3.4.8 ausführlich erläutert. Wird nun die Todestypologie in Abhängigkeit zu der Schwere der Erkrankung gesetzt, so variiert sie, wie in Abb. 3.8 dargestellt. Patienten, die unter der Diagnose leichte Erkrankung eingestuft wurden, zeigen häufiger (10.2 %) eine nüch-

terne Einstellung zum Tod als Patienten, die zu der Gruppe schwere Erkrankung gerechnet wurden.

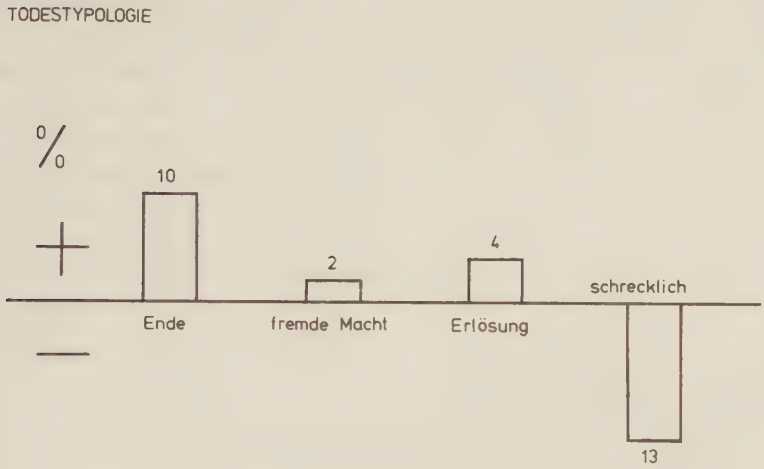

Abb. 3.8: leichte Erkrankung vs. schwere Erkrankung: In der Gruppe der leicht erkrankten Patienten kommt 10 % häufiger der nüchterne Todestyp, 2 % häufiger der fremde-Macht-Typ, 4 % häufiger der Erlösungs-Typ und 13 % weniger der Todestyp "schreckliches Ereignis" vor als in der Gruppe der schwer erkrankten Patienten (leicht erkrankte Patienten, N = 58; schwerkranke Patienten; N = 74).

Die Zunahme der nüchternen Einstellung zum Tod geht zurück auf eine Abnahme der ängstlichen Einschätzung des Todes. Die Differenz der relativen Häufigkeit des vierten Todestyps zwischen leicht und schwer erkrankten Patienten beträgt 13 %. Während leicht erkrankte Patienten nur in 12.1 % der Fälle den Tod als schrecklich und grausam einschätzen, tun dies 26 % der schwer erkrankten Patienten. Mehr als jeder dritte (36.2 %) leicht erkrankte Patient sieht in dem Tod nur ein einfaches Ende des Lebens, während aus der schwer erkrankten Patientengruppe nur jeder vierte Patient diese nüchterne Einstellung präsentiert.

Durch die Schwere der Erkrankung geht die Nüchternheit und die gefühlslose Haltung gegenüber dem Tod zugunsten einer stärkeren emotionalen Bewertung verloren. Der Tod ist schrecklich und schlimm. Er ist ein furchtbares Ereignis. Die zunehmende Ernstheit der Erkrankung läßt die kühle Distanziertheit schwinden und die Emotionalität zunehmen.

Der leicht erkrankte Patient ist nicht in dem Maße vom Tod bedroht wie der schwer erkrankte. Die Operation hat ihn nicht stark geschwächt, er wird bald aus dem Krankenhaus entlassen, sein Gesundheitszustand ist schnell wieder hergestellt. Das Thema Tod und Sterben ist für ihn noch weit entfernt. Er ist nicht direkt davon betroffen. Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ist überschaubar, und sein Kranksein ist nur eine kurze Ausnahme vom allgemeinen Wohlbefinden. Er kann sich noch eine teilnahmlose Einstellung gegenüber dem Tod erlauben.

Anders geht es dem schwer erkrankten Patienten. Der Eingriff war größer, die Operation hat ihn stärker geschwächt, der volle Gesundheitszustand kann unter Umständen nicht mehr erreicht werden. Das Risiko der Operation war erheblich größer. Mit einem möglichen letalen Ausgang der Operation mußte er eher rechnen. Die Erkrankung wird ihn noch länger beschäftigen. Zu stark hat sie seinen Allgemeinzustand verschlechtert. Sein Zustand ist ernst. Die Genesung wird noch längere Zeit in Anspruch nehmen. Die Operation war kein "Spaziergang", sie ist nicht ohne "Spuren" an ihm vorbeigegangen. Die nüchterne teilnahmslose Einstellung geht auf diese Art deutlich verloren, die ängstliche Haltung tritt stärker hervor. Die Schwere der Erkrankung sensibilisiert den Patienten.

3.5.1.2 Art der Erkrankung

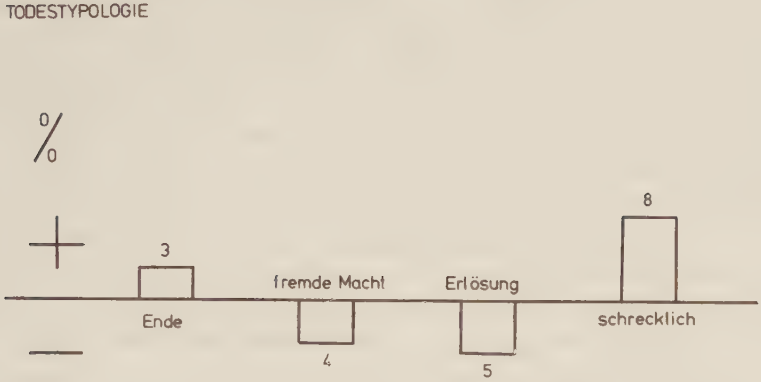

Abb. 3.9: traumatolog. Patienten vs. allgem.-chirug. Patienten: Der traumatologische Patient ist sowohl nüchterner als auch ängstlicher dem Tod gegenüber eingestellt. Die Situation der Hilflosigkeit wird seltener gespürt und der Aspekt der Erlösung hat eine geringere Bedeutung für ihn (traumatologische Patienten, N = 62; allgem.-chriug. Patienten, N = 70).

Die Patienten wurden gemäß der auf chirugischen Abteilungen üblichen Differenzierung in traumatologische und allgemein-chirugische Patienten unterteilt (s. Kap. 2.2). Schon ein Patientenbesuch einmal auf einer traumatologischen und einmal auf einer allgemeinchirugischen Abteilung läßt den aufmerksamen Besucher die unterschiedliche Atmosphäre auf diesen Abteilungen feststellen.
Sie ist auf traumatologischen Abteilungen ungezwungener. Diese Patienten sind nicht "richtig" krank. Sie haben sich nur etwas gebrochen. Der Bauch drückt nicht auf die Seele. Eine gebrochene Extremität wird von dem Patienten nicht so sehr als eine Erkrankung erlebt. Aufgrund eines Unfalls, also eines sichtbaren Ereignisses, kam es zur Fraktur. Eine äußere Ursache war dafür verantwortlich. Der Grund der Erkrankung ist für jeden einsichtig. Die gebrochene Extremität ist weit vom Körperstamm entfernt. Der Patient fühlt sich

nicht direkt krank. Es sind nur seine Knochen, die defekt sind.

Ganz anders reagiert der allgemeinchirugische Patient. Sein Körper, d.h. sein Stamm, ist von der Krankheit betroffen. Die Ursache der Erkrankung ist nicht unbedingt ersichtlich. Verminderte einzelne Organleistungen belasten den Organismus im Ganzen stärker als eine Fraktur. Diese Patienten fühlen sich "richtig" krank. Die Erkrankung drückt auf das Gemüt. Sie ist spezifischer, sie beeinflußt eher den Allgemeinzustand des Patienten, sie trifft den Patienten direkter. Eine Fraktur kann in der Regel durch die Implantion eines Metalls überbrückt werden, die Fraktur ist dann äußerlich verschwunden, der Erfolg ist sofort sichtbar. Dieses relativ simple Vorgehen ist in der Allgemeinchirugie nicht möglich. Eventuell müssen Organteile resiziert oder neue anatomische Verhältnisse hergestellt werden. Das operative Vorgehen ist hier komplizierter. Der Erfolg ist nicht direkt für den Patienten zu erkennen.

Nach diesen Überlegungen ist es nicht verwunderlich, daß der traumatologische Patient nüchterner gegenüber dem Tod eingestellt ist als der allgemeinchirugische Patient (siehe Abb. 3.9). Eine Fraktur wird nicht in dem Maße als Krankheit erlebt. Ein Unfall war die Ursache für den Knochenbruch. Die Fraktur wird nicht als so bedrohlich für das Leben angesehen. Der traumatologische Patient wird nicht in dem Maße gezwungen, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen. Der geringen Beschäftigung mit dem Tod entspricht die häufige Einschätzung des Todes als schreckliches Ereignis. Geringe Auseinandersetzung mit dem Tod führt entweder zu Abwehrmechanismen in Form der gefühlsneutralen Haltung oder zum Durchbrechen der gestauten Emotionen. Der Tod ist entweder bedeutungslos oder schrecklich. Er ist entweder nur die zeitliche Grenze des Lebens oder ein furchtbarer Vorgang.

Da der traumatologische Patient in der Regel nicht langen Leiden ausgesetzt ist, spielt für ihn die Erlösungsbedeutung des Todes nicht so eine große Rolle. Im allgemeinen

kann er schnell mobilisiert werden, und seine Schmerzen sind im großen und ganzen zu ertragen. Da der traumatologische Patient das Unfallereignis für den Krankheitszustand verantwortlich machen kann, hat er im Gegensatz zum allgemeinchirugischen Patienten einen direkten Urheber für seine Erkrankung. Gefühle der Hilflosigkeit werden in ihm seltener zum Bewußtsein kommen. Die Verursachung seiner Erkrankung ist deutlich erkennbar. Anstatt Gefühle der Machtlosigkeit zu spüren, wird der traumatologische Patient eher Strategien zur Verhütung erneuter Unfälle entwickeln.

3.5.2 Ärztliche Behandlung

3.5.2.1 Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte

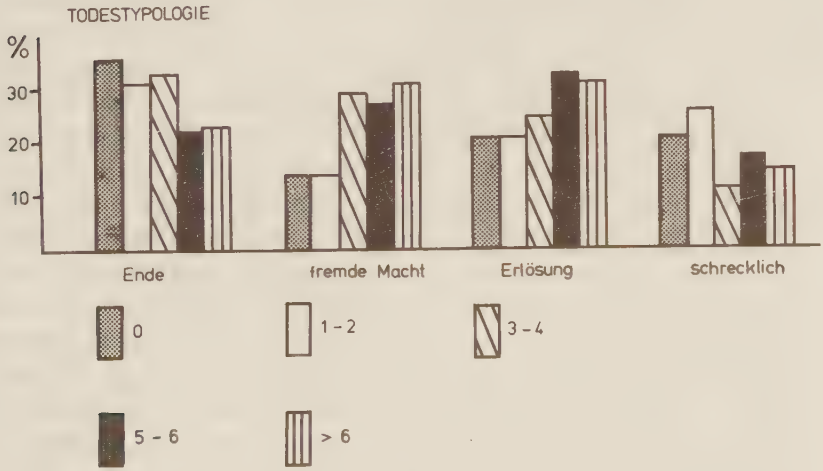

Abb. 3.10: Mit steigender Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte wird die Ausgeliefertheit dem Tod gegenüber immer deutlicher gespürt und der Tod immer mehr als Erlösung vergegenwärtigt. Die Nüchternheit schwindet ebenso wie die Ängstlichkeit.

Nur 9.3 % der Patienten waren noch nie im Krankenhaus gewesen. 1 - 2 Krankenhausaufenthalte war die häufigste

Antwort (39.3 %) auf die Frage nach der Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen. Fast jeder dritte Patient (30 %) war schon 3 - 4 mal im Krankenhaus gewesen. Die Zahl der Patienten, die sich dagegen 5 - 6 mal einer Krankenhausbehandlung unterziehen lassen mußten, ist mit 12 % deutlich geringer. Nur 13 Patienten (8.7 %) waren schon mehr als 6 mal im Krankenhaus. Die große Mehrheit (fast 70 %) unserer Patienten kann auf eine Krankenhauserfahrung von 1 - 4 Aufenthalten zurückblicken.

Abb. 3.10 läßt, grob gesehen, zwei Tendenzen erkennen. Zum einen nimmt die nüchterne Einstellung dem Tod gegenüber und die Angstreaktion mit der Zahl der Krankenhausaufenthalte ab, zum anderen nimmt dafür das Erlösungsdenken und das Schicksalsdenken zu. Längere Krankenhauserfahrung bedeutet häufigere Konfrontation mit dem Tod und mit Sterbenden. Der Patient erlebt nicht nur die Leiden anderer, er ist auch selber vom Tod bedroht. Jede größere Erkrankung birgt das Risiko des Lebensverlustes in sich. Narkose, Operation und medikamentöse Behandlung sind nicht gefahrenlos. Die häufig vorfindliche gefühlsneutrale Vorstellung vom Tod geht im Laufe der Krankenhauserfahrung verloren. Zu negativ waren die Erlebnisse im Krankenhaus. Zu sehr war das eigene Leben durch die zu erleidende Erkrankung bedroht. Die zwangsweise Konfrontation mit dem Tod läßt die neutrale Haltung deutlich schwinden. Die nüchterne Einstellung dem Tod gegenüber ist durch die intensive Krankenhauserfahrung nicht mehr haltbar. Das Leiden anderer Patienten und das eigene wird erfahren. Der Tod kann nicht mehr verdrängt werden. Er kann nicht mehr als etwas Bedeutungsloses dahingestellt werden.

Die zwangsläufige Beschäftigung mit Tod und Sterben vermindert die ängstliche Reaktion. Die häufige Erfahrung mit schwerkranken und sterbenden Patienten läßt die emotionale Reaktion nicht mehr überschäumen. Mit dem Tod wird immer seltener Angst und Schrecken assoziiert. Längere Krankenhausaufenthalte bauen Urteile in dieser Richtung ab. Da der Tod in unserer Gesellschaft tabuisiert und isoliert

wird, hat der einzelne gewöhnlich keine Gelegenheit, auf diesem Gebiet, Erfahrungen zu sammeln. Diese Erfahrungslosigkeit führt zwangsweise zu starken emotionalen Reaktionen. Erst die häufige Konfrontation mit dem Tod und die gedankliche Verarbeitung läßt die Assoziationen ruhiger werden. Der Tod ist nicht so schrecklich, wie ursprünglich angenommen.

Auf der anderen Seite werden gerade im Krankenhaus die Leiden und Qualen bewußt, die ein Sterbender zu ertragen hat. Siechtum und körperlicher Verfall sind Erfahrungen, die gerade ein Patient im Krankenhaus durchmachen muß. Er erlebt sie selber. Er beobachtet nicht nur die anderen Kranken, sondern er ist selbst Leidender. Er erfährt am eigenen Körper, wie belastend dieser Zustand ist. Immer mehr assoziiert er denn auch mit dem Tod eine Erlösung. Der Tod befreit den Sterbenden von seinen Schmerzen und Qualen. Er beendet eine sich ständig verschlechternde Situation. Der Druck der Erkrankung mit ihren Schmerzen und Leiden verstärkt den Erlösungsaspekt des Todes im Denken des Patienten.

Auch die Vorstellung von der Machtlosigkeit gegenüber dem Tod wird im Krankenhaus verstärkt. Dem Patienten wird mit der Zahl der Krankenhausaufenthalte immer deutlicher, daß die Möglichkeiten der Medizin nicht unbegrenzt sind. Er durchschaut mit der Zeit, daß die Medizin nicht alle Versprechungen einlösen kann. Der Glanz blättert ab. Die Sicht wird realistischer. Die Grenzen der Medizin werden deutlicher erkannt. Der Patient wird kritischer.

Auf der anderen Seite spürt der Patient immer stärker seine passive Situation im Krankenhaus. Für ihn wird alles getan, er muß keine eigenen Aktivitäten unternehmen, er muß nur guten Willen zur Genesung zeigen. Die aktive Seite im Genesungsprozeß übernimmt das medizinische Personal des Krankenhauses, der Patient wird in eine passive Rolle gedrängt. Er befindet sich in der Situation des Wartenden. Er selber kann nichts für seine Genesung tun. Er muß geduldig sein und die Zeit abwarten. Er befindet sich in einer machtlosen Position. Er spürt seine Hilflosigkeit und Aus-

geliefertheit. Diese Situation spitzt sich für den Sterbenden zu. Es gibt keinen Ausweg mehr für ihn. Die Situation ist nicht mehr zu überwinden. Sie ist hoffnungslos. Der Sterbende hat nicht die geringsten Machtmittel in der Hand. Er kann sich dem Tod nur hingeben. Kämpfen ist zwecklos.

3.5.2.2 **Ambulante Behandlung**

Abb. 3.11: Die Zunahme der Professionalisierung in der Medizin bewirkt ein verstärktes Vertrauen in die Medizin, die Unausweichlichkeit des Todes und die Erlösung von langen Leiden durch den Tod werden seltener gespürt.

Fast 50 % (48 %) der Patienten begaben sich ohne ambulante Vorbehandlung direkt ins Krankenhaus. Die anderen Patienten waren wegen ihrer Erkrankung entweder schon in hausärztlicher Behandlung (32 %) oder in fachärztlicher Behandlung (13 %) gewesen. Nur 5 % der Patienten hatten sich wegen ihrer Erkrankung in einer Poliklinik vorgestellt. Der Einfluß der Art der ambulanten Vorbehandlung auf die Todesvorstellungen zeigt Abb. 3.11.

Zunächst lassen sich zwei Tendenzen erkennen. Mit Zu-

nahme der Professionalisierung in der Medizin von der hausärztlichen Praxis zur Poliklinik vermindert sich das Schicksals- und Erlösungsdenken. Die Machtlosigkeit dem Tod gegenüber wird seltener gespürt. Die Zunahme der Professionalisierung des ärztlichen Handelns bewirkt eine Verstärkung des Glaubens an die Allmacht der Medizin. Der Poliklinik wird die stärkste Potenz zugeschrieben, dann dem Facharzt und zuletzt dem Hausarzt. Über die wirkungsvollste Therapie verfügt die Poliklinik, gefolgt vom Facharzt. Die Vorstellung von der Macht der Medizin konzentriert sich in der zunehmenden Professionalisierung der Medizin. Von einer hoch technisierten und spezialisierten Medizin werden größere Erfolge erwartet. Macht über den Tod wird am ehesten einer hoch professionell ausgerichteten Medizin zugesprochen.

Mit dem Vertrauen in die Professionalisierung der Medizin vermindert sich auch die Vorstellung vom Tod als einen Vorgang der Erlösung. Langes Leiden, Schmerzen und Qualen sind in den Augen der Patienten nicht die Kennzeichen einer hoch spezialisierten Medizin. Die Poliklinik und die fachärztliche Praxis vermitteln andere Anschauungswerte. Der Zustand des Krankseins ist veränderbar und beherrschbar. Schmerzen und Qualen sind therapeutisch behebbar. Kranksein bedeutet nicht, lange Leiden und Qualen ertragen zu müssen. Diese Auswirkungen der Krankheit sind medizinisch therapierbar. Immer seltener wird der Tod zum einzigen Ausweg aus dieser Situation. Die Leiden sind beherrschbar. Die zunehmende Macht und Professionalisierung der Medizin auf der einen Seite bewirkt ein Abrücken vom Erlösungsdenken auf der anderen Seite. Hohe Spezialisierung verstärkt das Vertrauen in die Medizin und läßt den Tod weniger befreiend erscheinen.

Die nüchternste Einstellung dem Tod gegenüber vermittelt die fachärztliche Praxis. Aufgrund von intensivem persönlichen Kontakt und hohem professionellen Niveau wird dem Patienten eine prinzipielle Beherrschbarkeit der Krankheit vermittelt. Entsprechend ist die Angstreaktion gering ausge-

prägt. Der Tod hat wenig Bezug zur Krankheit, er ist einfach nur das Ende des Lebens. Der Tod ist als nicht so furchtbar zu bewerten. Die Erkrankung ist schnell mit Hilfe der Medizin überwunden. Der Tod ist noch weit entfernt. Er kann den Patienten nicht beeindrucken. Er reagiert gefühlsneutral.

Die hausärztliche Praxis vermittelt dagegen andere Werte. Der Tod ist vor allem eine Erlösung für den Patienten. Er ist aber auch eine bedrohliche Macht, der man nicht ausweichen kann und die man nicht beherrschen kann. Der Tod ist nicht einfach das Ende des Lebens, sondern er ist eine Befreiung aus einer aussichtslosen Situation. Der Charakter der hausärztlichen Praxis nimmt "pastorale" Züge an. Der Tod ist schicksalshaft und erlösend. Die Macht der Medizin und damit der Menschheit ist begrenzt. Der Patient kann sich dem Tod nur hingeben. Diese insgesamt positiv-resignativ bewertende Einschätzung des Todes führt aber zur geringsten Ausprägung der Furchtreaktion. Die hausärztliche Praxis führt zu einem intensiven Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das nicht auf Professionalisierung gestützt wird, sondern eher auf religiös-ethische Werte. Auf diese Art wird dem Patienten die Angst genommen. Die nüchterne Haltung ist gering ausgeprägt.

Aufgrund der hohen Professionalisierung in der Poliklinik ist bei diesen Patienten erwartungsgemäß das Schicksals- und Erlösungsdenken am geringsten ausgeprägt. Zunächst überrascht allerdings, daß die Angstreaktion so hoch und die nüchterne Einstellung so gering ausgeprägt ist. Dieses kann mehrere Ursachen haben. Durch den ständigen Arztwechsel in den Sprechstunden einer Poliklinik und durch die häufige Hinzuziehung von oder Überweisung an andere Spezialisten ist es dem Patienten nicht möglich, ein intensives Vertrauensverhältnis zum Arzt aufzubauen. Der Kontakt Arzt - Patient ist auf das reine spezielle Untersuchungsverfahren beschränkt. Ein persönlicher Kontakt kommt nicht zustande. Ein Vertrauensverhältnis kann nicht geschaffen werden. Eine Kontinuität in der Beziehung zwischen Arzt und Patient ist

nicht möglich. Der Patient wird von Anfang an mit dem hohen technischen Niveau der Medizin konfrontiert. Er erlebt unmittelbar den technischen Charakter der Klinikmedizin und den fehlenden persönlichen Kontakt. Trotz weiteren Vertrauens in die Möglichkeiten der Medizin führt diese Situation zu einem deutlichen Schwund der Nüchternheit und Zunahme der Ängstlichkeit. Die Furcht wird auf Kosten der Gefühlsneutralität erhöht. Der geringe persönliche Kontakt zum Arzt und das damit nicht aufzubauende intensive Vertrauensverhältnis läßt den Patienten trotz Vertrauen in die Potenz der Medizin ängstlicher werden.

3.5.3 **Geschlecht**

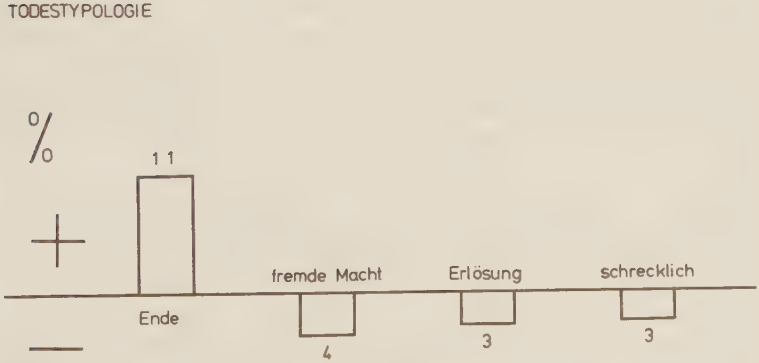

Abb. 3.12: Männer vs. Frauen: Männer sind nüchterner und Frauen emotionaler dem Tod gegenüber eingestellt.

Frauen neigen bekanntermaßen in stärkerem Maße zu einer gefühlsmäßigen Einstellung als Männer. Aufgrund ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation reagieren sie sensibler und emotionaler. Ihr Einfühlungsvermögen ist stärker ausgeprägt. Sie sind weniger leistungsorientiert. Ihr Selbstwertgefühl stützt sich in höherem Maße auf den Körper. Die weibliche Rolle ist charakterisiert durch Schönheit, Schwäche und Emotionalität (vgl. WITTKOWSKI 1978).

Das männliche Rollenverständnis basiert dagegen eher auf Leistung und körperliche Stärke. Der Mann ist jeder Situation gewachsen, er reagiert gefühlsneutral und besonnen. Er behält den Überblick. In einer Partnerbeziehung übernimmt er in der Regel die kognitive Seite, während die Frau die emotionale vertritt. Die geschlechtsspezifische Sozialsituation verlangt von ihm Stärke und Durchsetzungsvermögen. Er vertritt die Vernunft, während die Frau zu gefühlsmäßigen Äußerungen neigen darf. Der Mann steht im Berufsleben, die Frau übernimmt Haushalt und Kindererziehung Die männliche Geschlechtsrolle impliziert Dominanz, Aggresivität, interlektuelles Leistungsstreben und Unabhängigkeit. Die weibliche Rolle beinhaltet dagegen größere Unsicherheit, Ängstlichkeit, Abhängigkeit und geringes Selbstwertgefühl (vgl. GOTTSCHALCH u.a. 1971).

Dieses traditionelle Rollenverständnis ist auch noch in der heutigen Zeit wirksam. Trotz starker Emanzipationsbewegungen von Seiten der Frauen ist das unterschiedliche geschlechtsspezifische Rollenverständnis nicht aufgehoben. So finden wir in unserer Untersuchung erwartungsgemäß, daß Männer gefühlsneutraler reagieren als Frauen. Sie sind in ihrer Rolle gezwungen, Stärke und Besonnenheit zu zeigen. Der Tod darf sie nicht beeindrucken. Sie reagieren kühl und distanziert auf ihn. Der Tod ist einfach nur die zeitliche Grenze des Lebens.

Frauen reagieren gefühlsmäßiger. Sie assozieren in stärkerem Maße den schicksalshaften Aspekt des Todes. Sie spüren eher die eigene Machtlosigkeit dem Tod gegenüber. Keiner kann dem Tod entkommen. Er ist eine nicht zu beeinflussende Gewalt. Er induziert in stärkerem Maße Furcht. Der Tod ist oft eine Befreiung aus einer ausweglosen Situation. Er wird zur Erlösung. Die Einschätzung der Frauen ist stärker gefühlsmäßig getönt, die der Männer sachlicher und kühler.

3.5.4 Alter

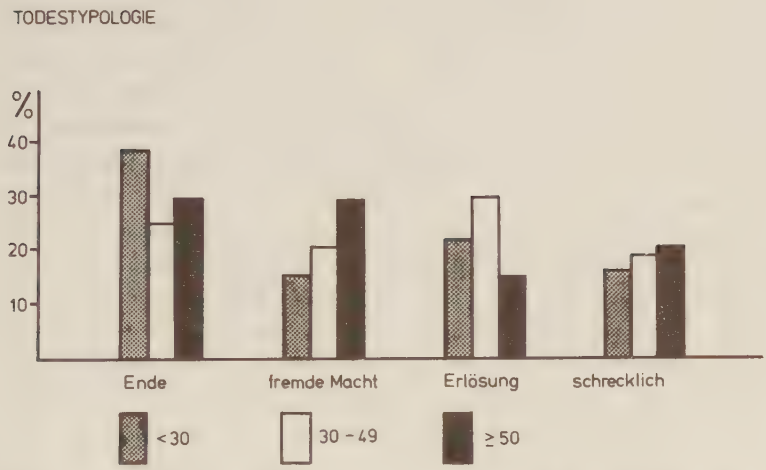

Abb. 3.13: Junge Patienten sind vor allem nüchtern dem Tod gegenüber eingestellt. Alte Patienten spüren besonders die Ausweglosigkeit der Situation, und die mittlere Altersklasse betont den Aspekt der Erlösung.

Die stärkste Altersgruppe ist das Intervall zwischen 30 und 49 Jahren. 45 % der befragten Patienten gehören ihr an. 33 % der Patienten sind jünger als 30 und nur 22 % sind älter oder gleich 50. Das Durchschnittsalter beträgt 39 Jahre, fällt also sehr niedrig aus. Dies liegt, wie oben bereits erwähnt, sowohl daran, daß auf chirugischen Abteilungen im Gegensatz zu Abteilungen der Inneren Medizin die Altersstruktur zugunsten der jüngeren verschoben ist, als auch, daß jüngere Leute eher als ältere dazu bereit sind, einen Fragebogen zu Tod und Sterben auszufüllen.

Abb. 3.13 zeigt, wie sich die Todesvorstellungen der Patienten auf den verschiedenen Altersstufen unterscheiden. Bei jungen Leuten dominiert eindeutig die nüchterne Einstellung zum Tod. Dementsprechend ist die Ängstlichkeit gering ausgeprägt. Der Tod ist noch weit entfernt. Er kann das jugendliche Individium wenig beeindrucken. Der Tod ist nur eine zeitliche Grenze des Lebens. Die Beendigung von

langen Leiden und Schmerzen durch den Tod wird nur in geringem Ausmaß vergegenwärtigt. Die Machtlosigkeit dem Tod gegenüber wird selten assoziiert. Für den jungen Menschen ist der Tod zwar ein Thema, aber kein aktuelles. In der Regel hat der junge Mensch noch genügend Zeit, sich auf den Tod vorzubereiten. Er steht nicht unter dem Zwang, sich in absehbarer Zeit mit dem Tod auseinandersetzen zu müssen.

Mit steigendem Alter nimmt nun der Aspekt der Machtlosigkeit dem Tod gegenüber in den Assoziationen der Patienten zu. Die zeitliche Distanz zum Tod schrumpft mit dem Alter. Die Ausgeliefertheit und die eigene Hilflosigkeit wird immer stärker bewußt. Der Tod trifft jeden Menschen. Es gibt keinen Ausweg. Mit zunehmendem Alter wird das individuelle Leben in stärkerem Maße durch den Tod bedroht.

Folgerichtig ist der ältere Mensch eher gezwungen, sich mit dem Tod auseinander zu setzen als der jüngere. Ausgehend von der Hypothese, daß intensive gedankliche Beschäftigung mit dem Tod die Todesfurcht und damit auch die Einschätzung des Todes als schreckliches Ereignis vermindert, müßte auch bei unserem Patientengut, diese Einschätzung mit steigendem Alter abnnehmen. Das Gegenteil ist aber der Fall. Sie steigt mit dem Alter leicht an. Ältere Patienten sehen häufiger in dem Tod ein furchtbares Ereignis als junge Patienten. Die unmittelbare Konfrontation mit schwerkranken und sterbenden Patienten im Krankenhaus läßt den Patienten mit zunehmendem Alter ängstlicher werden. Die Verminderung der zeitlichen Distanz zum eigenen Tod lenkt die Assoziationen in bestimmte Bahnen. Sterben ist schrecklich und schlimm.

Das Erlösungsdenken, d.h. die positive Deutung des Todes, ist besonders stark in der mittleren Altersgruppe ausgeprägt. Der Tod befreit den Patienten von seinen Schmerzen und Qualen. Er beendet den Leidenszustand. Für diese positive Umdeutung des Sterbens ist der Tod für die jüngeren Patienten noch zu weit entfernt und für die älteren Patienten zu nahe. Nur das "Mittelalter" hat die entsprechende zeitliche Distanz zum Tod, die insgesamt eher eine positive Wertung zulassen kann. Der Tod ist weder schrecklich noch

unbeeinflußbar. Er ist eine Befreiung aus einer ausweglosen Situation.

Genau umgekehrt zeigt sich dieses Verhältnis im nüchternen Denken. Patienten der mittleren Altersklasse, die gewissermaßen gerade erst gezwungen werden, sich mit dem Tod auseinander zu setzen, zeigen die geringste Ausprägung der nüchternen Einstellung. Dagegen ist bei jungen und älteren Patienten die nüchterne Haltung stärker ausgeprägt. Bei ersteren bedingt die noch große zeitliche Distanz zum Tod, bei letzteren die schon intensive Beschäftigung mit dem Tod die intellektuelle Kühle bezüglich des Todes. Die Verringerung der zeitlichen Distanz zum eigenen Tod läßt die Einstellungen wieder nüchterner werden. Zeitliche Nähe zum Tod führt zu einer Versachlichung der Vorstellungen.

3.5.5 Religiösität

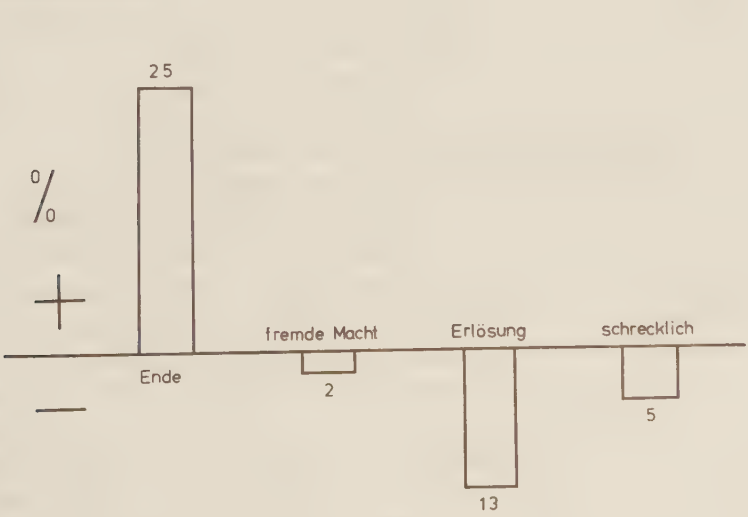

Abb. 3.14: nicht religiöse vs. religiöse Patienten: Der Gläubige reagiert emotionaler (religiöse Patienten, N = 110; nicht religiöse Patienten, N= 29).

19 % der Patienten gaben keine Religionszugehörigkeit an. 110 Patienten, das sind 73 %, bekannten sich zum christlichen Glauben. 97 Patienten gehörten der evangelischen und 13 der katholischen Glaubensgemeinschaft an. Andere Glaubensrichtungen wurden nicht in die Auswertung aufgenommen, da ihre Häufigkeit zu gering war. Abb. 3.14 zeigt die Unterschiede in den Todesvorstellungen zwischen Patienten, die keiner Glaubensgemeinschaft angehören und denen, die sich zu einer bekennen.

Der Nichtgläubige repräsentiert den nüchternen Typ par excellence. Die Differenz in der relativen Häufigkeit der nüchternen Todesvorstellung zwischen Nichtgläubigen und Gläubigen beträgt 25 %. Mehr als jeder zweite Nichtgläubige schätzt den Tod nüchtern ein, während dies ungefähr nur jeder vierte der Gläubigen tut. Die Nichtgläubigen sind "doppelt" so nüchtern wie die Gläubigen. Ihre Ablehnung einer Religion spiegelt sich in einer nüchternen Haltung dem Tod gegenüber wieder. Der Tod wird wenig schicksalshaft und wenig schrecklich vergegenwärtigt. Der Erlösungsaspekt wird nur halb so häufig assoziiert wie bei den Gläubigen (12.6 % : 26.4 %). Wozu braucht der Mensch einen Glauben, wenn der Tod nur das Ende des Lebens ist? Der Tod ist der natürliche Abschluß des Lebens. Er ist sinnvoll für den biologischen Zyklus. Danach kommt nichts mehr.

Entsprechend der christlichen Lehre ist der Erlösungsaspekt des Todes im Denken der Gläubigen stark ausgeprägt. Der Tod befreit den Sterbenden von seinen Schmerzen und Qualen. Er ist der Übergang zum Jenseits. Der Aspekt der Erlösung wird beim Gläubigen doppelt so häufig assoziiert wie beim Nichtgläubigen. Der Gläubige repräsentiert den Erlösungstyp. Die Erlösung wird zur zentralen Kategorie der Todesvorstellungen. Die Angstreaktion ist im Verhältnis zum Nichtgläubigen stärker ausgeprägt, und die Ausgeliefertheit dem Tod gegenüber wird eher gespürt. Der Gläubige reagiert emotionaler. Insgesamt bewertet er den Tod positiv. Die positive Deutung stabilisiert seine Gefühlslage. Der Tod ist zwar schrecklich und schicksalshaft, aber er ist

eine Erlösung für den Menschen.

3.5.6 Bildung

Abb. 3.15: hohe Bildung vs. niedrige Bildung: Hohe Bildung geht eher mit einer nüchternen Einstellung dem Tod gegenüber einher. Niedrige Bildung ist mehr durch die Betonung der Schicksalshaftigkeit des Todes gekennzeichnet.

11 % der Patienten hatten ein Studium an einer Hochschule oder Fachhochschule absolviert. Diese Patienten wurden unter die Kategorie hohe Bildung subsumiert. Zur niedrigen Bildungsstufe wurden der ungelernte Arbeiter, der Facharbeiter und die Berufe gerechnet, die eine Fachschulausbildung benötigen. Entsprechend der sozialen Struktur im Stadtteil Kreuzberg ist die niedrige Bildungsschicht in unserer Untersuchung überrepräsentiert. Insgesamt 84 % der Patienten wurden zur niedrigen Bildungsschicht gerechnet. 8 Patienten befanden sich noch in der Ausbildung und wurden in der Aus-

wertung nicht berücksichtigt.

Abb. 3.15 zeigt das Ergebnis der Differenzierung in hohe und niedrige Bildung. Höhere Bildung geht eindeutig mit einer nüchterneren Einstellung bezüglich des Todes einher. Der Aspekt der Schicksalshaftigkeit des Todes wird deutlich seltener assoziiert. Dagegen wird die positive Wertung des Todes und die Angstreaktion durch den Parameter Bildung nicht beeinflußt.

Hohe Bildung geht in der Regel einher mit einer langen wissenschaftlichen Ausbildung. Das wissenschaftliche Denken ist durch Nüchternheit und Exaktheit gekennzeichnet. In diesem Denken hat die Subjektivität keinen Platz. Der wissenschaftliche Betrachter bewertet ein Ereignis von einem objektiven Standpunkt aus. Emotionen dürfen hier nicht beeinflussend wirken. Die Stellungnahme muß sachlich und unabhängig sein. Sie ist kritisch und bezieht sich auf überprüfbare Daten. Sie ist kühl und distanziert. Sie bestimmt den Stellenwert eines Ergebnisses unabhängig vom Betrachter. Die Person, die von ihrer Ausbildung her gewohnt ist, sachlich und distanziert zu denken, wird auch in anderen Lebensbereichen diese Nüchternheit präsentieren. Der Tod ist nur die zeitliche Grenze des Lebens. Er hat seinen bestimmten Stellenwert im biologischen Zyklus. Er ist wichtig für die Erhaltung neuen Lebens.

Auf der anderen Seite bedeutet Wissen Macht. Die Entwicklung der Wissenschaften führt zu einer immer stärkeren Beherrschung der Natur durch den Menschen. Die Erkennung von Gesetzen und deren Anwendung bewirkt eine immer größer werdende Einflußnahme des Menschen. Der enorme Zuwachs an Wissen führt zu einer Stärkung des Selbstbewußtseins des Menschen. Immer größere Gewalten und Kräfte lernt der Mensch zu beherrschen. Situationen der Ausgeliefertheit und Machtlosigkeit werden immer seltener erfahren. Entsprechend diesem Fortschrittsglauben wird die gebildete Person die Unbeeinflußbarkeit des Todes im geringeren Maße spüren. Sämtliche Schalthebel werden in Bewegung gesetzt, um dem Tod noch zu entkommen. Sämtliche Methoden werden ausprobiert.

Diese Person fügt sich nicht leicht in ihr Schicksal. Sie versucht, auf jeden Fall Widerstand zu leisten. Sie gibt nicht so schnell auf. Sie ergreift die Initiative.

Der geringe gesellschaftliche Einfluß, den eine niedrige Bildung in der Regel zur Folge hat, führt zwangsläufig zu einem schicksalshaften Denken. Da der eigene Einfluß gering ist, wird die eigene Hilflosigkeit überbetont. Der niedrig gebildete Patient ist nicht gewohnt, selbstbewußt zu leben. Er fügt sich in sein Schicksal, da sein Machtbereich ohnehin begrenzt ist. Dieses allgemeine Schicksalsdenken präsentiert er auch bezüglich des Todes. Der Tod ist eine nicht zu beeinflussende Macht. Man kann nichts gegen ihn unternehmen, man muß sich ihm fügen.

3.5.7 Kontakt mit Sterbenden

Abb. 3.16: Kontakt mit Sterbenden: ja vs. nein: Erfahrung mit Sterbenden läßt die Einstellung nüchterner werden.

89 von 150 Patienten gaben an, schon einmal Kontakt mit Sterbenden gehabt zu haben. Der geringere Anteil der Pa-

tienten, 61 an der Zahl, konnte auf eine derartige Erfahrung nicht zurückblicken. Wie verändert sich nun unter dem Einfluß dieser Erfahrung die Vorstellung vom Tod?

Abb. 3.16 zeigt, daß der Umgang mit Sterbenden die Einschätzung des Todes nüchterner werden läßt und die Angstreaktion vermindert. Erfahrung mit Sterbenden führt zur Erkenntnis, daß der Tod ein doch nicht so schrecklicher Vorgang sei, wie ursprünglich angenommen. Die Beseitigung des Vorurteils läßt die Emotionen kühler werden. Kontakt mit Sterbenden führt zu einer gewissen Beruhigung. Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation führt zu einer nüchterneren Einstellung. Die Erwartungshaltung kann reduziert werden. Die Annäherung an den Gegenstand vermindert das emotionale Potential. Gesammelte Erfahrung mit dem Gegenstand reduziert die Angst und läßt die Haltung distanzierter werden. Sterben ist nicht so furchtbar, wie erwartet.

3.5.8 Lebensgefahr

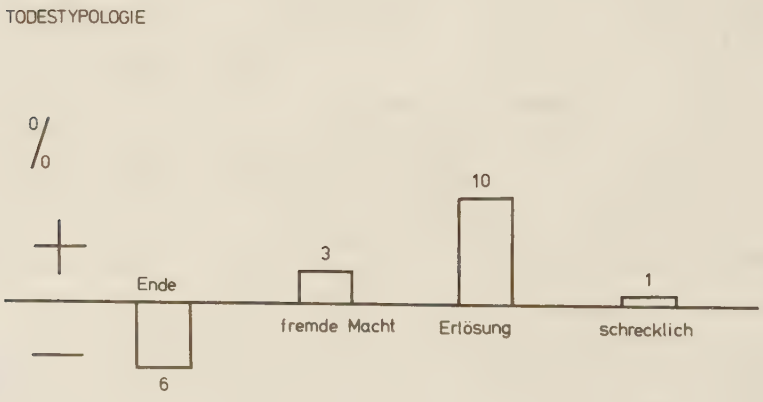

Abb. 3.17: akute Lebensgefahr: ja vs. nein: Eine akute Gefährdung des Lebens in der Vergangenheit sensibilisiert den Patienten.

Gut jeder dritte Patient (34 %) befand sich schon einmal in einer akuten Lebensgefahr. Sein Leben war direkt durch den Tod bedroht. 97 Patienten gaben dagegen an, daß sie noch nie in Lebensgefahr schwebten.

Die direkte Bedrohung durch den Tod in der Vergangenheit vermindert die nüchterne Einstellung zum Tod (vgl. Abb. 3.17). Die Sachlichkeit und Kühle geht verloren. Die Distanziertheit wird durchbrochen. Die akute Lebensgefährdung sensibilisiert den Patienten. Er wird feinfühliger und empfindsamer.

Die Konfrontation mit dem Tod in der Vergangenheit lenkt die Assoziation auf die Begleitumstände des Sterbens. Sterben bedeutet Schmerzen und Qualen zu ertragen. Der Zustand des Sterbenden verschlechtert sich zunehmend, bis der Tod diesem ein Ende setzt. Er wird zur Erlösung, zu einer Befreiung aus einer hoffnungslosen Situation. Patienten, die sich schon einmal in akuter Lebensgefahr befanden, haben am eigenen Körper erfahren, was Sterben bedeutet. Schmerzen und Qualen sind kaum auszuhaltende Zustände. Der Tod wird unter diesem Druck positiv umgedeutet. Er beendet die Leiden und wird zum einzigen Ausweg. Er erlöst den Sterbenden von seinen nicht mehr zu ertragenden Qualen.

- Zusammenfassung

Leicht erkrankte Patienten sind nüchterner und weniger ängstlich dem Tod gegenüber eingestellt als schwerkranke Patienten. Der traumatologische Patient ist sowohl nüchterner als auch ängstlicher dem Tod gegenüber eingestellt. Die Situation der Hilflosigkeit wird seltener gespürt, und der Aspekt der Erlösung hat eine geringere Bedeutung für ihn.
Mit steigender Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte wird die Ausgeliefertheit dem Tod gegenüber immer deutlicher gespürt und der Tod immer mehr als Erlösung vergegenwärtigt. Die Nüchternheit schwindet genauso wie die Ängstlichkeit.

Die Zunahme der Professionalisierung in der Medizin bewirkt ein verstärktes Vertrauen in die Medizin. Die fachärztliche Praxis vermittelt die nüchternste Einstellung zum Tod. Die hausärztliche Praxis sensibilisiert den Patienten, nimmt ihm aber gleichzeitig die Furcht.
Männer sind nüchterner dem Tod gegenüber eingestellt.
Junge Patienten präsentieren vor allen eine nüchterne Haltung. Alte Patienten spüren besonders die Ausweglosigkeit der Situation, und die mittlere Altersgruppe betont den Aspekt der Erlösung. Der Gläubige reagiert emotionaler.
Hohe Bildung geht eher mit einer nüchternen Einstellung dem Tod gegenüber einher. Niedrige Bildung ist mehr durch die Betonung der Schicksalshaftigkeit des Todes gekennzeichnet.
Erfahrung mit Sterbenden läßt die Einstellung nüchterner werden. Eine akute Gefährdung des Lebens in der Vergangenheit sensibilisiert den Patienten.

4. DISKUSSION

Fast alle gegebenen Antworten der Satzergänzungen konnten unter die gleichen Kategorien subsumiert werden, die auch schon in der Untersuchung der Todesvorstellungen von Ärzten (POTTHOFF 1980) und Laien (LANGEN 1984) verwendet wurden. Nur drei Kategorien mußten neu geschaffen werden, um alle gegebenen Satzergänzungen sinnvoll ordnen zu können. D.h. die Vorstellungsinhalte bezüglich Tod und Sterben unterscheiden sich zwischen Patienten, Ärzten und Laien nicht wesentlich voneinander. Es scheinen grundlegende Vorstellungsmuster überindividuell zu existieren. Die Vielfalt der Vorstellungsinhalte ist begrenzt. Thematisch ähnlich getönte Vorstellungsinhalte kehren immer wieder. Das Spektrum an unterschiedlichen Todesvorstellungen ist beschränkt. Einige wenige zentrale Themenbereiche beherrschen das Bild. Patienten, Ärzte und Laien präsentieren keine grundsätzlich verschiedenen Todesvorstellungen. Sie unterscheiden sich vielmehr in der unterschiedlichen Verteilung dieser Todesvorstellungen.

Die zentrale Bestimmung des Todes ist bei Patienten, Ärzten und Laien durch die Begriffe "Ende, fremde Macht, Erlösung" und "schreckliches Ereignis" charakterisiert. Bei allen drei Gruppen ist zwar die neutrale Vorstellung am stärksten ausgeprägt, doch der Vergleich der drei Gruppen läßt deutlich folgende Tendenz erkennen: Mit steigender Bedrohung durch den Tod, vom Arzt über den Laien bis zum Patienten aufsteigend, schwindet die nüchterne Einstellung dem Tod gegenüber (s. Abb. 3.1). Die unmittelbare Gefährdung des eigenen Lebens reduziert die neutrale Haltung und läßt die emotionale Stellungnahme zunehmen. Der Tod wird in verstärktem Maß als "fremde Macht", als "Erlösung" oder als "schreckliches Ereignis" vergegenwärtigt. Die eigene Betroffenheit durch den Tod läßt den Patienten sensibler werden. Die kühle Distanziertheit geht spürbar verloren. Der Patient reagiert emotionaler. Umgekehrt führt eine professionelle Beschäftigung mit dem Tod zu einer Zunahme der

nüchternen Einstellung gegenüber dem Tod. Die größere Häufigkeit in der Konfrontation mit dem Tod läßt den Arzt emotional kälter reagieren. Der Tod wird zu einer alltäglichen Erscheinung. Er ist nichts Außergewöhnliches mehr, er ist nur die zeitliche Grenze des Lebens.

Die Untersuchung von Potthoff (POTTHOFF 1980) ergab, daß die Situation des sterbenden Patienten im Krankenhaus in der Sicht der Ärzte durch die Triade Schmerz, Einsamkeit und Angst gekennzeichnet ist. Auch in der gängigen Literatur (z.B. GLASER/STRAUSS 1974) wird immer wieder die zunehmende Vereinsamung und Isolierung des Patienten im Krankenhaus betont. Wir gingen daher in dieser Untersuchung ebenfalls von der Annahme aus, daß sich dieses Bild vom Sterben auch innerhalb der Patienten wiederfinden wird. Diese Annahme bestätigte sich jedoch nicht. Das Bild, das sich Patienten vom Sterben machen ist ein anderes. Es ist nur gering durch die Vorstellung der zunehmenden Vereinsamung und Isolierung geprägt. Auch Gefühle der Angst spielen keine bedeutende Rolle. Der Patient ist in erster Linie um die zu erleidenden Schmerzen und Qualen besorgt. Sein vordringlichster Wunsch ist Schmerzfreiheit. In zweiter Linie ist er um den bevorstehenden Verlust der Angehörigen besorgt, und das Sterben fällt ihm leichter, wenn er seine weltlichen Verpflichtungen erledigt weiß.

Sterben fühlt sowohl zu Gefühlen der Angst als auch zu Gefühlen der Erlösung vom Krankenlager. Obwohl es nicht der persönliche Wunsch ist, in vertrauter Umgebung, zuhause, zu sterben, wird dem Durchschnittsmenschen zugestanden, in seinem gewohnten Lebensrahmen zu sterben. Das Krankenhaus wird als Ort des Sterbens für die Allgemeinheit abgelehnt. Der "schönste" Tod in der Sicht der Patienten ist ein Tod, der schnell und plötzlich eintritt. Er verursacht keine langen Leiden und Qualen. Er trifft den Menschen unerwartet.

Die wachsende Bedrohung des eigenen Lebens läßt die Vorstellung konkreter werden. Die zunehmende Vereinsamung berührt den Patienten nicht so stark wie die zu erwartenden

Schmerzen. Weltliche Verpflichtungen müssen noch erledigt werden, und die Trennung von den Angehörigen muß vollzogen werden. Die unmittelbare Bedrohung des Lebens erfordert eine rasche Erledigung dieser Aufgaben. Die zu erwartenden Schmerzen und Qualen beunruhigen den Patienten zutiefst. Gefühle der Angst und der Ungewißheit sind für den Patienten nicht so bedeutend. Die Situation des Sterbenden im Krankenhaus ist vor allem durch die zu erleidenden Schmerzen und Qualen gekennzeichnet. Sterben bedeutet Siechtum. Der Patient möchte keinen langen Leidensweg gehen müssen.

Wie auch bei Ärzten (POTTHOFF 1980) und Laien (LANGEN 1984) konnte ausgehend von dem zentralen Satz: Der Tod ist ...." vier verschiedenen Todestypen konstruiert werden: "Ende, fremde Macht, Erlösung, schreckliches Ereignis." Der Todestyp "Ende" repräsentiert die nüchterne Einstellung zum Tod. Der Tod ist für ihn wie für die meisten Menschen nur die zeitliche Grenze des Lebens. Dieser Patient möchte uneingeschränkt aufgeklärt werden. Er möchte am liebsten schnell und plötzlich sterben.

Der Todestyp "fremde Macht" spürt gegenüber dem Tod seine Hilflosigkeit und Ausgeliefertheit. Der Tod ist eine nicht zu beeinflussende Gewalt. Trotzdem ist dieser Patient der Meinung, daß die meisten Menschen dem Tod gegenüber kühl und distanziert eingestellt sind. Er möchte ebenfalls vollständig aufgeklärt werden. Der Tod soll ihm beim Schlafen treffen.

Der Todestyp "Erlösung" sieht in dem Tod vor allem eine Befreiung. Dies trifft nicht nur für ihn, sondern auch für die anderen Menschen zu. Auch dieser Patient möchte uneingeschränkt aufgeklärt werden. Er möchte aber einen schnellen und schmerzlosen Tod sterben.

Der vierte Todestyp repräsentiert den Angsttyp. Auch für die meisten Menschen bedeutet der Tod Angst. Bei dieser starken emotionalen Besetzung ist es nicht verwunderlich, daß dieser Patient auf keinen Fall aufgeklärt werden möchte. Am liebsten möchte er im Schlaf vom Tod überrascht werden.

Die "reine" Todestypologie ist in 13 % der Fälle in unserer Untersuchung auffindbar. Sie gestattet eine schnelle Orientierung innerhalb der Vielfalt der verschiedenen Todesvorstellungen. Auch wenn sie zu Vereinfachungen führt, gestattet sie eine schärfere Formulierung von Merkmalen. Unterschiede werden stärker hervorgehoben und leichter erkennbar. Eine rasche Differenzierung wird möglich.

Die Annahme, daß Unterschiede in der konnotativen Einschätzung des Todes zwischen den verschiedenen Todestypen und zwischen Ärzten, Laien und Patienten existieren, erwies sich als nicht haltbar. Die diffuse emotionale Widerspiegelung des Todes im Semantischen Differential ließ keine deutlichen Differenzen zwischen den Gruppen erkennen. Entweder ist das in unserer Untersuchung verwendete Semantische Differential nicht geeignet zwischen diesen Gruppen zu unterscheiden, oder der Tod wurde im wesentlichen konnotativ einheitlich bewertet. Während die intellektuelle Einschätzung des Todes, gemessen mit dem Satzergänzungsverfahren, variabel ist, ist die emotionale Einschätzung, gemessen mit dem Semantischen Differential, konstant. Intellektuelle Vorstellung und emotionale Einschätzung weichen auseinander. Der Tod wird einheitlich ablehnend-resignativ bewertet, während die intellektuelle Vorstellung ganz unterschiedlich sein kann.

Ausgehend von der Überlegung, daß Krankheit und Todesnähe den Patienten sensibilisieren, nahmen wir an, daß die Gruppe der Patienten durchschnittlich eine höhere Todesfurcht aufweist als die Kontrollgruppe. Die Überprüfung dieser Hypothese auf Signifikanz führte jedoch zu ihrer Zurückweisung. Patienten haben durchschnittlich nicht mehr Todesfurcht als Mitglieder der Kontrollgruppe. Ebenso ließ sich kein signifikanter Unterschied in der Ausprägung der Todesfurcht zwischen den Geschlechtern nachweisen. Conte, Plutchik und Weiner (1982) konnten mit der Todesfurchtskala "Death Anxiety Questionaire" (DAQ) ebenfalls keine Geschlechtsunterschiede feststellen, während Howells und

Fiedel (1982) mit der "Fear-of-Death" Skala (FOD) signifikante Geschlechtsunterschiede eruierten.

Jüngere Patienten haben in unserer Untersuchung signifikant genau so viel Todesfurcht wie ältere Patienten, und die Schwere der Erkrankung beeinflußt nicht die Höhe der Todesfurcht. Nur der vierte Todestyp hat signifikant mehr Todesfurcht als die anderen drei Todestypen. Hier schlägt die intellektuelle Einschätzung gewissermaßen ins Emotionale durch. Der Patient, der den Tod als schreckliches Ereignis bestimmt, fürchtet sich auch sehr stark vor ihm.

Entweder ist die in unserer Untersuchung verwendete Todesfurchtskala nicht zur Differenzierung von verschiedenen Variabeln wie Geschlecht, Alter, Schwere der Krankheit geeignet, oder es liegt der Schluß nahe, daß die Todesfurcht uniform ausgeprägt ist. Die Todesfurcht als Teil der emotionalen Reaktion wird zu einem gleichförmig reagierenden Faktor. Sie stellt eine einheitliche Reaktion dar. Sie stellt sich ein wie der Reflex auf einen Reiz. Sie muß in dem Menschen so tief verwurzelt sein, daß sie unabhängig von verschiedenen Variabeln durchschnittlich gleich stark ausgeprägt ist. Sie ist eine elementare Reaktion.

Diese Interpretation der Resultate der Todesfurchtmessung würde zu den Ergebnissen des Semantischen Differentials harmonieren. Die diffuse emotionale Ebene, wie sie im Semantischen Differential dargestellt wird, reagiert ebenfalls einheitlich. Während die emotionale Bewertung keine Abhängigkeit von verschiedenen Variabeln zeigt, variiert die konnotative Einschätzung. Die emotionale Reaktion ist uniform, während die intellektuelle Einschätzung differiert. Emotionale Bewertung und intellektuelle Vorstellung vom Tod divergieren. Beide Ebenen kommen nicht zur Deckung. Die Bedrohung durch den Tod muß so tief verankert sein, daß die emotionale Reaktion einheitlich ist (vgl. JUNG 1979). Der Tod wird emotional uniform bewertet, während die intellektuelle Ebene verschiedene Vorstellungen zulassen kann. Die Emotionen reagieren drastisch und einheitlich, die

Kognitionen können variieren.

Die Annahme, daß die Schwere der Erkrankung den Patienten sensibilisiere, konnte in der Untersuchung bestätigt werden. Leicht erkrankte Patienten präsentieren häufiger eine neutrale Einstellung zum Tod als schwer erkrankte Patienten. Durch die Schwere der Erkrankung geht die Nüchternheit und die gefühlskalte Haltung verloren. Die Angstreaktion nimmt zu. Die stärkere Gefährdung des Lebens führt zu einer vermehrt negativen Bewertung des Todes. Die Stellungnahme wird emotionaler, die kühle Distanziertheit schwindet (s. Abb. 3.8).

Die Hypothese, daß traumatologische Patienten gegenüber dem Tod nüchterner als allgemeinchirugische Patienten eingestellt sind, konnte zwar ebenfalls bestätigt werden, traumatologische Patienten sind aber auch ängstlicher als allgemeinchirugische Patienten. Sie fühlen sich nicht "richtig" krank und spüren deswegen seltener die Situation der Ausgeliefertheit und sehen in dem Tod nicht so häufig einen Vorgang der Erlösung. Die erhöhte Ängstlichkeit könnte direkte Folge des Traumas sein.

Mit steigender Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte schwindet tatsächlich die nüchterne Einstellung gegenüber dem Tod. Längere Krankenhauserfahrung bedeutet eine häufigere Konfrontation mit Sterbenden. Der Patient erlebt nicht nur die Leiden anderer, er ist auch selber vom Tod bedroht. Immer deutlicher spürt er die eigene Hilflosigkeit und sieht immer stärker in dem Tod eine Befreiung von langen Leiden. Die häufige Konfrontation mit dem Tod führt aber auch zu einer Reduktion der ängstlichen Haltung. Der Patient wird ruhiger. Er fügt sich seinem Schicksal.

Die Hypothese, daß die Zunahme der Professionalisierung in der Medizin eine Versachlichung der Einstellung zu Tod und Sterben auf Seiten des Patienten bewirkt, mußte zurückgewiesen werden. Statt dessen bewirkt eine Zunahme der Professionalisierung ein verstärktes Vertrauen in die Medizin. Die Unausweichlichkeit des Todes und die Erlösung von langen Leiden durch den Tod werden seltener gespürt. Der

Vergleich der medizinischen Institutionen zeigt, daß die fachärztliche Praxis die nüchternste Einstellung zum Tod vermittelt, während die hausärztliche Praxis den Patienten eher sensibilisiert, ihm dafür aber gleichzeitig die Angst nimmt (s. Abb. 3.11).

Frauen sind dem Tod gegenüber erwartungsgemäß emotionaler eingestellt als Männer. Das gleiche gilt für den Gläubigen im Vergleich zum Nichtgläubigen. Beim Gläubigen liegt, wie erwartet, die Betonung auf dem Aspekt der Erlösung durch den Tod.

Die These, daß junge Patienten dem Tod nüchterner gegenüber eingestellt sind als ältere Patienten, konnte in unserer Untersuchung erhärtet werden. Für den jugendlichen Patienten ist der Tod zeitlich noch weit entfernt. Der Tod kann ihn nur wenig beeindrucken. An weiteren Tendenzen konnte festgestellt werden, daß mit steigendem Alter die Hilflosigkeit dem Tod gegenüber immer deutlicher gespürt wird und die ängstliche Reaktion zunimmt.

Daß der höher gebildete Patient eine neutralere Haltung gegenüber dem Tod präsentiert, konnte ebenfalls bestätigt werden. Auch ist es kein überraschendes Ergebnis, daß die Vorstellung des niedrig gebildeten Patienten mehr durch die Betonung der Schicksalshaftigkeit des Todes gekennzeichnet ist.

Die Erfahrung im Umgang mit Sterbenden läßt tatsächlich die Einstellung neutraler werden. Die ängstliche Haltung wird deutlich vermindert. Umgekehrt sensibilisiert eine akute Gefährdung des Lebens in der Vergangenheit den Patienten. Er reagiert emotionaler.

5. ZUSAMMENFASSUNG

150 chirugische Patienten eines städtischen Krankenhauses wurden auf freiwilliger Basis zu ihrer Einstellung zu Tod und Sterben befragt. Es wurde ein Satzergänzungsverfahren, ein Semantisches Differential und eines Todesfurchtskala verwendet.

Unter den Patienten dominiert eine nüchterne, gefühlsneutrale Einstellung zum Tod, gefolgt von einer positiven Deutung des Todes: Der Tod befreit den Sterbenden von seinen Schmerzen und Qualen. Der Tod ist aber auch eine nicht zu beeinflussende Macht, der man nicht entrinnen kann. Der kleinste Teil der Patienten assoziiert mit dem Tod stark negative Gefühle: Der Tod ist furchtbar und grausam. Es zeigte sich, daß durch die zunehmende Betroffenheit durch den Tod, vom Arzt über den Laien bis zum Patienten aufsteigend, die neutrale Haltung schwindet, und die Stellungnahme emotionaler wird. Das Bild des Sterbenden im Krankenhaus ist vor allem durch die zu erleidenen Schmerzen und Qualen gekennzeichnet. Der Patient möchte in erster Linie schmerzfrei sterben. Er möchte keinen langen Leidensweg gehen müssen. Er wünscht sich einen schnellen und plötzlichen Tod. Er möchte auf jeden Fall aufgeklärt werden.

Vier Todestypen "Ende", "fremde Macht", "Erlösung" und "schreckliches Ereignis" konnten konstruiert werden. Eine Abhängigkeit dieser Typologie von verschiedenen Variabeln wie Alter, Geschlecht, Bildung, Religion, Schwere der Erkrankung, Art der Erkrankung, Art der medizinischen Vorbehandlung, Zahl der Krankenhausaufenthalte, Erfahrung im Umgang mit Sterbenden, akute Gefährdung des Lebens in der Vergangenheit konnte dargestellt werden.

Das Semantische Differential ergab eine insgesamt ablehnend-resignative Einschätzung des Todes. Unterschiede in der konnotativen Einschätzung des Todes zwischen den verschiedenen Todestypen und zwischen Ärzten, Laien und Patienten konnten nicht nachgewiesen werden.

Die Messung der Todesfurcht ließ keinen signifikanten

Unterschied zwischen den Patienten und der Kontrollgruppe erkennen. Weiterhin ließen sich keine Alters- und Geschlechtsunterschiede nachweisen. Auch die Schwere der Erkrankung hatte keinen Einfluß auf die Höhe der Todesfurcht.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Agatstein, F. Ch.: Personifications of Death: Relations among Death Imagery, Attitudes, and Personality. Dissertation Abstracts International B 1981, 41, 4648

Ansohn, E.: Die Wahrheit am Krankenbett, Salzburg 1978

Balk, D. E.: Effects of Sibling Death on Teenagers. Journal of School Health 1983, 53, 14 - 18

Balk, D. E.: Sibling Death during Adolescence: Selfconcept and Bereavement Reactions. Dissertation Abstracts International A 1982, 42, 3868

Bascue, L. O.; Krieger, G. W.: Existental Counseling for the Dying. Journal of Rehabilitation 1972, March-April, 18 - 40

Beauchamp, N. F.: The Young Child's Perception of Death. Dissertation Abstracts International A 1974, 35, 3288 - 3289

Becker, P.; Reiner, A.: Beobachtungen und Hilfen am Sterbebett aus ärztlicher und seelsorgerischer Sicht. Heidelberg 1979

Begemann, H. (Hrsg.): Patient und Krankenhaus. München 1976

Beutel, P.; Küffner, H.; Schubö, W.: SPSS 8 - Statistik Programm-System für die Sozialwissenschaften. Stuttgart 1980

Beverly, E. V.: Understanding and Helping Dying Patients and their Families. Geriatrics 1976, March, 117 - 127

Binks, L. T.: Impact of Cystic Fibrosis on Children's Emotions, Behavior and Concept of Death as Seen by Parents. Dissertation Abstracts International B 1982, 43, 1605 - 1606

Bitter, W. (Hrsg.): Alter und Tod - annehmen oder verdrängen Stuttgart 1974

Black, C. P.: Young Children's Understandings about Death as Perceived by Parents, Teachers, and a Recorder. Dissertations Abstracts International B 1979, 40, 157

Blumenthal-Barby, K. (Hrsg.): Betreuung Sterbender. Berlin 1982

Bolduc, J.: A Development Study of the Relationship between Experiences of Death and Age and Development of the Concept of Death. Dissertation Abstracts International A 1972, 33, 2758

Boshes, B.: Death: Historical Evolution and Implications of the Concept. Annals of the New York Academy of Sciences 1978, 315, 11 - 18

Bowers, M. K.; Jackson, E. M.; Knight, J. A.; le Shan, L.: Wie können wir Sterbenden beistehen? München 1973

Collett, L.-J.; Lester, D.: The Fear of Death and the Fear of Dying. Journal of Psychology 1969, 72, 179 - 181

Conte, H. P.; Plutchik, R.; Weiner, M. B.: Measuring Death Anxiety: Conceptual, Psychometric, and Factor - Analytical Aspects. Journal of Personality and Social Psychology 1982, 43, 775 - 785

Cramond, W. A.: Psychotherapy of the Dying Patient. British Medical Journal 1970, 3, 389 - 393

Crumbaugh, J.: Crossvalidation of Purpose in life-test based on Frankl's Concepts. Journal of Individual Psychology 1968, 24, 74 - 81

Dickstein, L. S.: Death Concern: Measurement and Correlates. Psychological Reports 1972, 30, 563 - 571

Dickstein, L. S.; Blatt, S. J.: Death Concern, Futurity, and Antizipation. Journal of Consulting Psychology 1966, 30, 11 - 17

Eissler, K. R.: Der sterbende Patient. Zur Psychologie des Todes. Stuttgart 1978

Engelhardt, K.; Wirth, A.; Kindermann, L.: Kranke im Krankenhaus. München 1971

Engelke, E.; Schmoll, H-J.; Wolff, G. (Hrsg.): Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen. Stuttgart 1979

Erlemeier, N.: Psychologische Forschungen zum Todesproblem. Zeitschrift für Gerontologie 1972, 5, 32 - 49

Farquhar, C. M.: Attitudes and Beliefs Concerning Life and Death of Eldery Persons. New Zealand Medical Journal 1980, 13, 107 - 110

Feifel, H. (Hrsg.): The Meaning of Death. New York 1959

Feldman, M. J.; Hersen, M.: Attitudes toward Death in Nightmare Subjekts. Journal of Abnormal Psychology 1967, 72, 421 - 425

Ferber, Ch. v.: Der Tod. Ein unbewältigtes Problem für Mediziner und Soziologen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1970, 2, 237 - 250

Fink, R. W.: Death as Conceptualized by Adolescents. Dissertation Abstracts International B 1976, 37, 3046

Flint, G. A.; Gayton, K. I.: Relationship between Life Satisfaction and Acceptance of Death by Eldery Persons. Psychological Reports 1983, 53, 290

Freud, S.: Gesammelte Werke XIII. Frankfurt a.M. 1972

Freud, S.: Gesammelte Werke XIV. Frankfurt a.M. 1972

Freyberger, H.: Psychosoziales Verhalten des unheilbar Krebskranken. Medizinische Welt 1976, 27, 1878 - 1882

Friedmann, H. J.: Physican Management of Dying Patients: An Exploration. Psychiatry in Medicine 1970, 1, 295 - 305

Friel, P. B.: Death and Dying. Annals of Internal Medicine 1982, 97, 767 - 771

Fuchs, W.: Todesbilder in der modernen Gesellschaft. Frankfurt a.M. 1979

Fulton, R. (Hrsg.): The Soziology of Death. Death Education 1977, 1, 15 - 25

Fulton, R. (Hrsg.): Death, Grief, and Bereavement. A Bibliography 1845 - 1975. New York 1977

Gallup, D. G.; Labudovich, M.; Zambito, P. R.: The Gynecologist and the Dying Patient. American Journal of Obstetrics anbd Gynecology 1982, 144, 154 - 161

Gibson, Ch. A.: Implications of an Incomplete Death Concept and Recommendations for Intervention. Ontario Psychologist 1982, 14, 20 - 23

Glaser, B. G.; Strauss, A.: Interaktion mit Sterbenden. Göttingen 1974

Görres, H.: Der Kranke. Ärgernis der Leistungsgesellschaft. Frankfurt a.M. 1979

Gottschalch, W.; Neumann-Schönwetter, M.; Soukup, G.: Sozialisationsforschung. Materialien, Probleme, Kritik. Frankfurt a.M. 1971

Gow, C. M.; Williams, J. I.: Nurses' Attitudes toward Death and Dying: A Causal Interpretation. Social Science & Medicine 1977, 11, 191 - 198

Grady, M.: An Assessment of the Behavioral Scientist's Role with the Dying Patient and the Family. Military Medicine 1975, 140, 789 - 792

Greenham, D. E.; Lohmann, R. A.: Children Facing Death: Recurring Patterns of Adaption. Health and Social Work 1982, 7, 89 - 94

Hägglund, T.-B.: The Final Stage of the Dying Process. The Internation Journal of the Psychoanalytical Association 1981, 62, 45 - 49

Hahn, A.: Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Stuttgart 1968

Hansen, Y.: Development of the Concept of Death: Cognitive Aspects. Dissertation Abstracts International B 1973, 34, 853

Hartmann, F.: Umgang mit Sterbenden in der Geschichte. In: Engelke, E. u.a. (Hrsg.): Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen. Stuttgart 1979

Hensle, U.: Todesfurcht. Überblick über den Forschungsstand und Entwicklung einer Fragebogenskala. Unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Würzburg 1975

Hensle, U.: Todesfurcht - Versuch einer Strukturierung und Entwicklung einer Fragebogenskala. Psychologische Beiträge 1977, 19, 545 - 566

Hertzberg, L. J.: Cancer and the Dying Patient. American Journal of Psychiatry 1972, 128, 806 - 810

Hiltmann, H.: Wortassoziation und verbale Ergänzungsverfahren. In: Gottschaldt u.a. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik, Handbuch der Psychologie, Bd. 6, Göttingen 1971

Hineman, J. H.: Counseling with the Terminally Ill: A Clinical Study. Dissertation Abstracts International A 1971, 32, 3091

Hinton, J.: Sharing or Withholding Awareness of Dying between Husbund and Wife. Journal of Psychosomatic Research 1981, 25, 337 - 343

Hörmann, H.: Psychologie der Sprache. Berlin 1972

Hofstätter, P.: Gruppendynamik. Hamburg 1965

Hofstätter, P.: Psychologie der Sprache. Frankfurt a.M. 1965

Hornblum, J.: Death Concepts in Childhood and their Relationship to Concept of Time and Conservation. Dissertation Abstracts International A 1978, 39, 2146

Howels, K.; Field, D.: Fear of Death and Dying among Medical Students. Social Science & Medicine 1982, 16, 1421 - 1424

Hurst, P.E.: A Comparison of Death Concept Development in Emotionally Disturbed and Non-Disturbed Children. Dissertation Abstracts International A 1980, 41, 2516 - 2517

Iveson-Iveson, J.: Concepts of Death. Nursing Mirror 1983, 156, 42

Jung, C. G., u.a.: Der Mensch und seine Symbole. Olten 1979

Käufer, C.: Der Sterbevorgang in medizinischer Sicht. Concilium 1974, 10, 245 - 250

Kalish, R. A.: Some Variables in Death Attitudes. The Journal of Social Psychology 1963, 59, 137 - 145

Kane, B.: Children's Concept of Death. Journal of Genetic Psychology 1979, 134, 141 - 153

Kastenbaum, R.; Aisenberg, G. R.: The Psychology of Death. New York 1972

Kautzky, R.: Sterben im Krankenhaus. Freiburg 1976

Koch, U.; Schmeling, C.: Betreuung von Schwer- und Todkranken. München 1982

Koch, U.; Schmeling, C.: Ausbildung für den Umgang mit Sterbenden. Eine Diskussion möglicher Lernziele. In: Engelke, E. (Hrsg.): Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen. Stutgart 1979

Kotarba, J. A.: Perceptions of Death, Beliefs Systems and the Process of Coping with Chronic Pain. Social Science & Medicine 1983, 17, 681 - 689

Krikorian, D. A.; Moffat, M. W:: Death Related Fears. Issues in Mental Health Nursing 1982, 4, 1 - 15

Kübler-Ross, E.: Psychotherapy for the Dying Patient. Current Psychiatric Therapies 1970, 10, 110 - 117

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart 1975

Kübler-Ross, E.: Was können wir noch tun? Stuttgart 1977

Kübler-Ross, E.: Leben bis wir Abschied nehmen. Stuttgart 1979

Langen, U.: Das Todeskonzept in Abhängigkeit von der Erfahrung, die Personen im Umgang mit Phänomenen haben, die den Tod betreffen. In: Howe, J.; Ochsmann, R. (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Bericht über die Tagung zur Thanato-Psychologie November 1982. Frankfurt a.M. 1984

Lau, F. E.: Tod im Krankenhaus. Köln 1975

Lieberman, S.: Life Threatening Symptoms Due to Morbid Grief. British Medical Journal 1983, 286, 702

Lindenberg, H. P.: The Effects of an Existential-Type of Group Psychotherapy on a Time-Limited-Croup of Members for when the Imminence of Death is a Pressing Reality. Dissertation Abstracts International B 1978, 38, 3404

Livingston, P. B.; Zimet, C. N.: Death Anxiety, Authoritarianism and Choice of Specialty in Medical Students. The Journal of Nervous and Mental Desease 1965, 140, 222 - 230

Marie, H.: Reorienting Stuff Attitudes toward Dying. Hospital Progress 1978, 92, 74 - 76

Mawson, D.; Marks, J. M.; Ramm, L.; Stern, R. S.: Guided Mourning for Morbid Grief: A Controlled Study. The British Journal of Psychiatry 1981, 138, 185 - 193

McCarthy, S. V.: Geropsychology: Meaning in Life for Adults over Seventy. Psychological Reports 1983, 53, 497 - 498

McKitric, D.: Counseling Dying Patient. Omega: Journal of Death and Dying 1981-82, 12, 165 - 187

Meili, R.; Steingruber, H-J.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Bern 1978

Mitchel, N. L.; Schulmann, K. R.: The Child and the Fear of Death. Journal of the National Medical Association 1981, 73, 963 - 967

Mrazek, J.: Die Verkörperung des Selbst. Psychologie Heute 1984, 2, 50 - 58

Nagy, M. H.: The Child's View of Death. In: Feifel, H. (Hrsg.): The Meaning of Death. New York 1959

Nash, M. L.: Dignity of Person in the Final Phase of Life- An Exploratory Study. Omega: Journal of Death and Dying 1977, 8, 71 - 80

Orbach, J.; Glaubman, H.: The Concept of Death and Suicidal Behavior in Young Children: Three Case Studies. Journal of American Academy of Child Psychiatry 1979, 18, 668-678

Osgood, C. E.: Semantic Differential Technique in the Comparative Study of Cultures. In: Snider, P.; Osgood, C. E. (Hrsg.): Semantic Differential Technique. Chicago 1969

Pawlow, J. P.: Der bedingte Reflex. In: Ausgewählte Werke. Berlin 1955.

Piper, H.-C.: Gespräche mit Sterbenden. Göttingen 1977

Potthoff, P.: Der Tod im medizinischen Denken. Stuttgart 1980

Reich, R.; Feinberg, H. B.: The Fatally Ill Adolescent. Adolescent Psychiatry 1974, 3, 75 - 84

Rest, F.: Praktische Orthothansie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis. Teil 1 + 2. Opladen 1977

Rest, F.: Den Sterbenden beistehen. Heidelberg 1981

Richardson, V.; Berman, S.; Piwowarski, M.: Projektive Assessment of the Relationships between the Salience of Death, Religion, and Age among Adults in America. The Journal of General Psychology 1983, 109, 149 - 156

Rosemeier, H. P.: Medizinische Psychologie. Stuttgart 1978

Rosemeier, H. P.; Winau, R. (Hrsg.): Tod und Sterben. Berlin 1984

Rowe, J. O.: An Ethnography of Women's Experiences with a Dying Husband and their Grief and Redefination of Self. Dissertation Abstracts International A 1982, 43, 1840 - 1841

Salladay, S. A.; Royal, M. E.: Children and Death: Guidelines for Grief Work. Child Psychiatry and Human Development 1981, 11, 203 - 212

Sarnoff, J.; Corwin, S. M.: Castration Anxiety and Fear of Death. Journal of Personality 1959, 27, 374 - 385

Schiffer, R. B.: The Concept of Death: Tradition and Alternative. Journal of Medicine and Philosophy 1978, 3, 24 - 37

Schiffer, R. B.: The Concept of Death: Causes and Criteria. Journal of Medicine and Philosophy 1979, 4, 226 - 231

Seide, J. H.: The Effects of Experience with Death on Children's Understanding of Death. Dissertation Abstracts International B 1982, 43, 1840 - 1841

Sherman, M. F.; Smith, R. J.; Cooper, R.: Reactions toward the Dying: The Effects of a Patient's Illness Respondents Beliefs in a Just World. Omega: Journal of Death and Dying 1982-83, 13, 173 - 189

Sporken, P.: Die Sorge um den kranken Menschen. Düsseldorf 1977

Sudnow, D.: Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt a.M. 1973

Swain, H. L.: The Concept of Death in Children. Dissertation Abstracts International A 1976, 37, 898 - 899

Tasman, A.: Loss of Self-Cohesion in Terminal Illness. Journal of the American Academy of Psychoanalysis 1982, 10, 515 - 526

Tate, L. A.: Life Satisfaction and Death Anxiety in Aged Women. International Journal of Aging and Human Development 1982, 15, 299 - 306

Templer, D. I.: Death Anxiety Scale. Proceedings of the 77 th Annual Convention of the American Psychological Association 1969, 737 - 738

Templer, D. I.: The Construction and Validation of Death Anxiety Scale. The Journal of General Psychology 1970, 82, 165 - 177

Toynbee, A.: Vor der Linie. Frankfurt a.M. 1970

Victor, H. R.: Choice of the Living Will: Personality Characteristics, Death/Dying Attitudes, and Locus of Control Orientation of Signers and Nonsigners; and the Effects of the Choice on Death/Dying Attitudes. Dissertation Abstracts International B 1981, 42, 792

Weininger, O.: Young Children's Concept of Dying and Death. Psychological Reports 1979, 44, 395 - 407

Wittkowski, J.: Tod und Sterben: Ergebnisse der Thanatopsychologie. Heidelberg 1978

Wittkowski, J.; Schnell, H.: Strukturen der Todesvorstellung bei 8 - 14 jährigen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1981, 8, 304 - 311

Witzel, L.: Das Verhalten sterbender Patienten. Medizinische Klinik 1971, 66, 577 - 578

Zickgraf, C.: Ich lerne sterben, weil du sterben mußt. Stuttgart 1979

7. ANHANG: DER FRAGEBOGEN

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Fachbereich
Medizinische Grundlagenfächer (FB 1)
Institut für Medizinische Psychologie (WE 09)

FU | BERLIN

Freie Universität Berlin,
FB 1, WE 9, Habelschwerdter Allee 37, 1000 Berlin 33

Prof. Dr. H.P. Rosemeier
cand. med. N. Munz

In der letzten Zeit wird in den Massenmedien viel über Tod und Sterben berichtet. Dieses Thema, das lange abseits des allgemeinen Interesses stand, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dabei ist es gerade Aufgabe der Medizinischen Psychologie als Fach der medizinischen Ausbildung, diesen Gegenstandsbereich näher zu untersuchen. Mit diesem Fragebogen sollen nun Ihre Einstellungen und Gefühle bezüglich des Todes und des Sterbens in ihrer möglichen Vielfalt untersucht werden. Ihre Angaben werden natürlich anonym ausgewertet. Arbeiten Sie bitte den Fragebogen zügig und rasch durch, ohne lange nachzudenken. Beantworten Sie bitte alle Fragen und lassen Sie keine aus. Uns interessiert Ihre persönliche Stellungnahme.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

cand. med. Norbert Munz

Prof. Dr. H.P. Rosemeier

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen!

16-21

1. Waren Sie wegen Ihrer jetzigen Erkrankung schon öfters in stationärer Behandlung?

☐ ja ☐ nein
22

2. Sind Sie wegen Ihrer jetzigen Erkrankung auch in ambulanter Behandlung?

☐ nicht in ambulanter Behandlung
23

Behandlung durch

☐ Hausarzt
☐ Facharzt
☐ Poliklinik
☐ Sonstiges

3. Waren Sie schon früher einmal wegen einer anderen Erkrankung oder wegen eines Unfalls im Krankenhaus? Geben Sie bitte die Anzahl in den folgenden Kästchen an.

☐ 0 Mal
☐ 1-2 Mal
☐ 3-4 Mal
☐ 5-6 Mal
☐ 7-8 Mal
☐ mehr als 8 Mal
24

4. Befanden Sie sich schon einmal in akuter Lebensgefahr?

☐ ja ☐ nein
25

5. Haben Sie in den letzten Jahren unmittelbaren Kontakt mit Schwerkranken oder Sterbenden gehabt?

☐ ja ☐ nein
26

6. Geben Sie bitte Ihr Alter in Jahren an!

☐☐ Jahre
27

7. Geben Sie bitte Ihr Geschlecht an!

☐ männlich
☐ weiblich
28

8. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

.....
29

1. Geben Sie bitte die Art Ihrer Ausbildung in den folgenden Kästchen an!

- ☐ Hochschule
- ☐ Fachhoch-schule
- ☐ Fachschule
- ☐ Facharbeiter
- ☐ ungelernter Arbeiter

30

2. Sind Sie berufstätig? ☐ ja ☐ nein

31

3. Welchen Familienstand haben Sie?

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ verwitwet
- ☐ geschieden

32

4. Leben Sie mit Ihrem Partner zusammen? ☐ ja ☐ nein

33

SATZERGÄNZUNGEN

Auf dieser Seite stehen elf angefangene Sätze, die sich auf den Tod und den Vorgang des Sterbens beziehen. Bitte vervollständigen Sie alle Sätze. Ergänzen Sie die Sätze so, wie es Ihnen gerade in den Sinn kommt.

Beispiel: Der Tod eines mir Nahestehenden .....
beunruhigt mich zutiefst.....

oder: Den Tod eines mir Nahestehenden .....
betrachte ich als Bewährungsprobe.....

1. Für die meisten Menschen bedeutet der Tod .....
..... 34

2. Das schlimmste beim Sterben ist .....
..... 35

3. Nach dem Tod .....
..... 36

4. Der Tod ist .....
..... 37

5. Wenn ich einmal sterbe, möchte ich .....
..... 38

6. Ich glaube, beim Sterben fühlen die meisten Menschen .....
..... 39

7. Für viele Kranke bedeutet der Tod .....
..... 40

8. Wenn ich an den Tod denke, fühle ich .....
..... 41

9. Man fühlt sich beim Sterben leichter, wenn .....
..... 42

10. Einem Todkranken die Wahrheit über seine Situation zu sagen, ist 43

11. Der schönste Tod ist .....
..... 44

POLARITÄTENPROFIL

Auf dieser Seite finden Sie 18 Paare gegensätzlicher Eigenschaften zum Thema Tod. Zwischen den gegensätzlichen Eigenschaften ist eine Linie mit sieben Markierungen (1-7) eingezeichnet. Gehen Sie bitte alle Gegensätze durch und kreuzen Sie jeweils eine Markierung an, die Ihrer Vorstellung über den Tod am ehsten entspricht.

Beispiel:

	1	2	3	4	5	6	7	
gerecht								ungerecht

Können Sie sich nicht entscheiden, so kreuzen Sie die 4 an.
Sind Sie der Meinung, daß der Tod "gerecht" ist, so kreuzen Sie die 1 an.
Sind Sie der Meinung, daß der Tod "ungerecht" ist, so kreuzen Sie die 7 an.
Können Sie sich nicht für einen Pol oder für die Mitte entscheiden, so kreuzen Sie die 2, 3, 5 oder 6 an, je nachdem welcher Ausprägungsgrad Ihrer Vorstellung am ehsten entspricht.

"TOD"

	1	2	3	4	5	6	7		
süß								bitter	45
planmäßig								zufällig	46
gerecht								ungerecht	47
feindlich								freundlich	48
unvorhersagbar								vorhersagbar	49
friedlich								bedrohlich	50
schön								häßlich	51
vorläufig								endgültig	52
sanft								grausam	53
dunkel								hell	54
kalt								warm	55
angenehm								schrecklich	56
bedeutungslos								bedeutsam	57
zwangsweise								freiwillig	58
negativ								positiv	59
einzigartig								alltäglich	60
leicht								schwer	61
besonders								allgemein	62
	1	2	3	4	5	6	7		

Bitte gehen Sie die folgenden Feststellungen des Fragebogens der Reihe nach durch. Entscheiden Sie, ob die jeweilige Feststellung für Sie zutrifft, von Ihnen für richtig gehalten wird. Wenn die Feststellung für Sie zutrifft, so kreuzen Sie bitte das "S" (=Stimmt) an. Wenn die Feststellung für Sie nicht zutrifft, so kreuzen Sie bitte das "SN" (=Stimmt nicht) an. Treffen Sie in jedem Fall eine Entscheidung, auch wenn es Ihnen schwerfällt.

	Stimmt	Stimmt nicht
1. Der Tod ist die letzte und schlimmste Beleidigung für den Menschen.	☐ S	☐ SN -63
2. Es macht mich nervös, wenn andere über den Tod sprechen.	☐ S	☐ SN -64
3. Der Tod sollte nicht als Tragödie betrachtet werden, wenn er nach einem fruchtbaren Leben auftritt.	☐ S	☐ SN 65
4. Der Tod ist das schlechteste, was mir je passieren könnte.	☐ S	☐ SN -66
5. Ich würde über den Tod eines mir Nahestehenden nie hinwegkommen.	☐ S	☐ SN -67
6. Ich würde Angst empfinden, wenn jemand, der im Sterben liegt, mit mir darüber spräche.	☐ S	☐ SN -68
7. Der Anblick eines Toten ist entsetzlich für mich.	☐ S	☐ SN -69
8. Auch, wenn viele Menschen dadurch verstört werden, erschreckt mich der Anblick eines frischen Grabes nicht.	☐ S	☐ SN 70
9. Der unausweichliche Tod stellt den Sinn menschlichen Daseins in Frage.	☐ S	☐ SN -16
10. Ich störe mich nicht daran, daß der Tod das Ende des Lebens ist.	☐ S	☐ SN 17
11. Ich habe Angst vor dem Todsein.	☐ S	☐ SN -18
12. Die Vorstellung, nach dem Tode niemals wieder zu denken oder Erfahrungen zu machen, quält mich nicht.	☐ S	☐ SN 19
13. In Gegenwart eines Sterbenden werde ich keine Angst empfinden.	☐ S	☐ SN 20
14. Ich befürchte, einen schmerzhaften Tod zu sterben.	☐ S	☐ SN -21

	Stimmt	Stimmt nicht
1. Der Tod wäre angenehmer, wenn man schon wüßte, was man dabei empfinden würde.	☐ S	☐ SN -22
2. Ich bin nicht besonders besorgt, ich könnte Krebs bekommen.	☐ S	☐ SN 23
3. Es stört mich, daß ich durch meinen Tod so vieles versäumen könnte.	☐ S	☐ SN -24
4. Wenn ein Freund von mir im Sterben läge, wüßte ich nicht, was ich ihm sagen sollte.	☐ S	☐ SN -25
5. Es würde mir nichts ausmachen, den Leichnam eines Bekannten zu identifizieren.	☐ S	☐ SN 26
6. Ich will nicht gerade jetzt sterben, bin aber froh, daß ich eines Tages sterben werde.	☐ S	☐ SN 27
7. Nach dem Tod eines mir Nahestehenden würde ich mich leicht wieder zurechtfinden.	☐ S	☐ SN 28
8. Ich find es schwierig, der letzten Tatsache Tod ins Auge zu sehen.	☐ S	☐ SN -29
9. Der geistige Abbau im Alter beunruhigt mich.	☐ S	☐ SN -3o
10. Es würde meine Lebenserfahrung in keiner Weise beeinflussen, wenn ich innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sterben müßte.	☐ S	☐ SN 31
11. Ich hätte nichts dagegen (gehabt), jung zu sterben.	☐ S	☐ SN 32
12. Mich beunruhigt der körperliche Verfall, den ein langsamer Tod mit sich bringt.	☐ S	☐ SN -33
13. Die Möglichkeit des Todes geliebter Personen weckt in mir Angst.	☐ S	☐ SN -34
14. Ich habe überhaupt keine Angst zu sterben.	☐ S	☐ SN 35

WennSie noch etwas zum Thema Tod und Sterben sagen möchten, so benutzen Sie bitte diese oder die nächste Seite.

Herrn Prof. Dr. H.-P. Rosemeier danke ich für die Überlassung des Themas und für die wertvollen Anregungen und die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit.

LEBENSLAUF

Norbert Munz

Persönliche Daten

geboren am 10.8.1956		in Hannover
Eltern		Karl-Heinz Munz, Dipl.-Ing. Elisabeth, geb. Bauch
Familienstand		ledig
Staatsangehörigkeit		deutsch

Ausbildungsdaten

Schule	1963-66	Grundschule in Hannover
	1966-75	Gymnasium in Hannover Abschluß: Abitur
Studium	1976-82	Studium der Psychologie Abschluß: Dipl.-Psych.
	1978-84	Studium der Medizin Dez. 84: Approbation als Arzt
Seit Februar 1985		Assistenzarzt für Orthopädie am städtischen Krankenhaus Am Urban